

مركز البحوث والدراسات

متحمسون للخدمة

كيفية بناء تجربة مريض فريدة

على طريقة

عيادة كليفلاند

تأليف: د. جيمس ميرلينو

ترجمة

د. فؤاد بن عبدالعزيز المبارك

د. معتز كرم عجينة

راجع الترجمة

د. أسماء بنت عبدالله اليمني

بسم الله الرحمن الرحيم



مركز البحوث والدراسات

متحمسون للخدمة

كيفية بناء تجربة مريض فريدة
على طريقة
عيادة كليفلاند

تأليف: د. جيمس ميرلينو

ترجمة

د. فؤاد بن عبدالعزيز المبارك

د. معتز كرم عجينة

راجع الترجمة

د. أسماء بنت عبدالله اليمني

١٤٤٠هـ - ٢٠١٩م

(عمل علمي محكم)

بطاقة الفهرسة

ⓗ معهد الإدارة العامة، ١٤٤٠هـ.

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.

مرلينو، جيمس

متحمسون للخدمة/ جيمس مرلينو؛ فؤاد بن عبدالعزيز المبارك؛ معتز كرم عجينة؛ أسماء بنت عبدالله اليمني - الرياض، ١٤٤٠هـ

٣٤٤ ص؛ ١٧سم × ٢٤سم.

ردمك: ٠-٠٢-٨٢٧٦-٦٠٣-٩٧٨

١- الخدمة الصحية أ. المبارك، فؤاد بن عبدالعزيز (مترجم) ب. عجينة، معتز كرم (مترجم) ج. اليمني، أسماء بنت عبدالله (مراجع) د. العنوان

ديوي ٣٥٠,٨٤١ ١٤٤٠/٧٥٣٩

رقم الإيداع: ١٤٤٠/٧٥٣٩

ردمك: ٠-٠٢-٨٢٧٦-٦٠٣-٩٧٨

هذه ترجمة لكتاب:

Service
Fanatics

HOW TO BUILD SUPERIOR
PATIENT EXPERIENCE THE
CLEVELAND CLINIC WAY

James Merlino, MD
Chief Experience officer of Cleveland Clinic

إشادات بكتاب «متحمسون للخدمة»

«متحمســون للخدمة» سيُصبح المعيار الذهبي للرعاية المرتكزة حول المريض. إن عيادة كليفلانــد بكل مجدهــا، مثلها في ذلك، مثــل العديد من الآخرين في الرعايــة الصحية، قد ضلــت طريقها فيما يتعلــق بالرحمة والتعاطف. والدكتور جيمــس ميرلينو من واقع دوره مديرًا تنفيذيًّا لتجربة المريض، جنبًا إلى جنب مع الرئيس التنفيذي توبي كوســغروف وباقي المعالجين في عيادة كليفلاند، قد قاموا بتغيير ذلك من خلال وضع المرضى أولًا. وصف ميرلينو لهــذه الرحلة (المقصود بهــا تجربة المريض أثناء رحلته العلاجية داخل المنشــآت الصحية) يكــونُ مؤلمًا في بعض الأحيــان، صريحًا، وصادقًا إلى حد القســوة. «متحمســون للخدمة» ومؤلفــه يبثون العاطفــة والتواضع والنزاهة والاهتمام، هذا الكتاب ســيجعل من المنظمة الصحية أفضل ويوصَى بقراءته كلُّ مَن يعمل في الرعاية الصحية»

الدكتور ديفيد تي فينبرج -رئيس النظام الصحي بجامعة كاليفورنيا

الرئيس التنفيذي لمستشفى جامعة كاليفورنيا

«ميرلينــو يعطي قصة مــن وراء الكواليس عن كيفية قيام عيــادة كليفلاند، والمعروفة تقليديًّــا بالتميز الطبي، بتحويل نفســها إلى التركيز بنفس القدر عــلى تجربة المريض، إنها قصة رائعة لها مزاياها الخاصة، وهي أيضًا قصة المستقبل بالنسبة للرعاية الصحية. بالنسبة لكافة قادة الرعاية الصحية الذين يشهدون تحولًا مماثلا (أو الذين سيشهدون ذلك قريبًا)، سيكون هذا الكتاب دليلًا لا غنى عنه للرحلة المقبلة"

دان هيث، المؤلف المتعاون-لمجموعة من الأكثر مبيعًا في نيويورك تايمز،

أفكار وُجِدَت لِتبقى، التحول والحسم

«هــذا الكتاب هو سرد صريــح لرحلة عيــادة كليفلاند الصعبــة، والعاصفة نحو خلق تجربة مريض على مستوى عالمي. جيمس ميرلينو صادق بشكل مؤلم حول الفشل والأخطاء التــي صادفته طول الطريق، بينــما كان يضع خريطة طريق عملية للتغيير. هذا المزيج من الصراحة، الواقعية، والأمل هو السبب في بروز ميرلينو كواحد من قادة الرعاية الصحية الأكثر

احترامًا في البلاد. «متحمسون للخدمة» لا يقدر بثمن بالنسبة لأي من مسؤولي المستشفيات العازمة على إحداث التحول في تجربة المريض»

ليا بيندر، الرئيس والمدير التنفيذي لمجموعة ليبفروج

«بفضل خبرته كعضو في عائلة مريض وكمريض وكطبيب، خلق شغف جيم حركة تهدف لإعــادة تركيز تصميــم نظام الرعاية الصحيــة وعملياتها وثقافتها حــول المريض. وقاد هو وزملاؤه في عيادة كليفلاند، جهود إعادة تركيز الرعاية مرة أخرى حول المريض وقام بإشراك قادة صناعة الرعاية الصحية لتبني الشــفافية في روح من التحسين. التزام جيم نحو مرضاه وتعاطفــه مع رحلتهم يتردد صداه في كل صفحة من هــذا الكتاب. عندما نفكر في التحول الرئيسي في هذه الصناعة، فســوف يظهر التاريــخ أن جيم ميرلينو وعيادة كليفلاند كانوا في طليعة من أعاد نظام الرعاية الصحية لدينا ليتمحور حول المريض وساعدنا على العودة إلى القضية النبيلة التي اجتذبتنا جميعًا للعمل في مجال الرعاية الصحية».

بات ريان، المدير التنفيذي لـ برس جاني

«إنه عمل مهم من قبل شــخص رائد في تجربة المريض. إنه أيضًا سردٌ لتجارب شــخصية جاذبــة غيرت وجهة نظري حول التفاعلات التــي صادفتها في حياتي بين الأطباء والمرضى .... «متحمسون للخدمة» يسلط الضوء حول مدى صعوبة تغيير الثقافة بحيث ترتكز حقًا حول العميل، ثــم يخبرك كيف يمكنك أن تفعل ذلك بأي طريقة كانت. ميرلينو يصف التحديات في عيــادة كليفلانــد من منظور متجرد، ويقدم أيضًا وصفًا تفصيليًــا لما قام به فريق القادة من أجل التغلب على تلك التحديات ... بشكل كُلِّي، «متحمسون للخدمة» هو قراءة رائعة ويجعلنــي أكــثر ذكاء في التعامل مع تجربة المريض. وأتمنى لــو أن كل كتب إدارة الأعمال تجمع بين هذين العنصرين».

هارليماننج، فورستر دوت كوم

«إن قيام القائد بوضع أولوية على مســتوى المنظمــة هو شيء وتحقيقه فعليًا هو شيء آخر تمامًا. بالنســبة للكثيرين كان التحســن السريع في نتائج رضا المرضى، في عيادة كليفلاند يمثل شــبه معجزة. يقــدم كتاب الدكتور ميرلينــو حكايةً صادقةً ومقنعــة عن كيف يمكن

لمستشـفى رائـع بالفعـل أن يشرك ٤٣،٠٠٠ موظـف لكي يصبح أفضلَ مما هـو عليه. مع شرح تفصيـلي صريـح وبليغ لكل خطوة، وهذا الكتاب يفـسر على وجه الدقة كيف حقق المستشـفى مكاسبه، وهو بذلك، يقدم دروسًا قيمة لا تقدر بثمن ليس فقط لقادة الرعاية الصحية ولكن أيضًا لأي شخص مهتم بكيفية تحقيق تقدم ملموس في أي منظمة».

باربرا ر. سنايدر-رئيس جامعة كيس ويسترن ريزيرف

«أي شـخص مرتبط بالرعاية الصحية سوف يثمن كتاب الدكتور جيم ميرلينو لأنه يوفر نظـرة صريحة، مؤثرة عن رعاية المرضى مـن وجهة نظر كل من مقدم الرعاية والمريض. إن القصص والدروس المتضمنة حول التعاطف والرحمة ملهمة وتسـاعدنا على التفكير بشكل أكثر وضوحا حول أهمية التجربة الشاملة للمريض».

دكتور كيرت نيومان -الرئيس والمدير التنفيذي للنظام الصحي للمستشفى الوطني للأطفال

«في هذا الحسـاب الشـامل والدقيق، يصف جيم ميرلينو كيف أنـه وزملاؤه في عيادة كليفلانـد قـد قاموا بتحويل ثقافة تركز بشـكل حصري تقريبًا على التفـوق الإكلينيكي إلى ثقافة تتبنى تمامًا الحاجة إلى تقديم تجربة رعاية وتعاطف مع الناس. وبذلك، أبدع ميرلينو دليلًا شاملًا ومنهجيًا لمنظمات الرعاية الصحية الأخرى التي تسعى إلى تحقيق نفس الهدف الأساسي: وضع المرضى أولًا».

سوزان دنتزر، كبير مستشاري السياسات لمؤسسة روبرت وود جونسون

«إن فن وعلم رعاية الآخرين قد برز بشكل ملحوظ في رائعة الدكتور ميرلينو «متحمسون للخدمة». وهو مرجع لا بد من قراءته من قبل جميع القادة أو الطامحين للقيادة في مجال تقديم الخدمات المهنية. إن الدكتور ميرلينو وزملاءه في عيادة كليفلاند قد فعلوها!».

مارك بيرنيس، رئيس مجلس إدارة شركات أوزوالد

«إن عيـادة كليفلاند هي مثال رائع على ما يجب أن تجسـده الرعاية الصحية، الخدمة الشـاملة لكل مريض. لقد رأيت ما حققوه من خلال عملهم والتزامهم، مع عضو مهم جدًا مـن عائلتي، وهـو أخي وهو شيء رائع. يجـب على كل أماكن الخدمـات الطبية محاكاة منشآتهم، فضلًا عن خدماتهم الرائعة والشاملة. عليكم مواصلة عملكم الرائع».

دونالد ترامب



٨

من أجل أبي، الذي أظهر لي الجانب الآخر للرعاية الصحية

ولأجل أيمي، لدعمها الراسخ

ولتوبي وجو، لطاعتهم المطلقة ولعدم ارتيابهم قط

«د. جيمس ميرلينو»



المحتويات


۱۲

تقديم للكتاب:

«لقد تعلمتُ أن الناس سوف ينسون ما قلتَه، وأن الناس سوف ينسَوْن ما فعلتَه، ولكن الناس لن ينسَوْا أبدًا ما جعلتَهم يشعرون به».

مايا أمجلو (MAYA ANGELOU)

في العــام ٢٠٠٤، أصبح جراح القلب المشــهور الدكتور ديلوس «توبي» إم كوســغروف (Dr. Delos "Toby" M. Cosgrove) الرئيس التنفيذي لعيادة كليفلاند، وهي مؤسســة معروفة بالابتكار والتميز في نتائج المرضى. وبما أنه قد انتقل من الجراحة إلى الإســتراتيجية، فقــد دُعِيَ للتحدث إلى طلاب كلية هارفارد للأعمال حول نمــوذج عيادة كليفلاند للرعاية. وخلال ذلك الحديث سأله أحد الطلاب بتحدٍّ عما إذا كان يقوم بتعليم التعاطف مع المرضى في عيادة كليفلاند. إنها قصة تشــاركها توبي عبر ســنوات باعتبارهــا لحظة فارقة في تفكيره الإستراتيجي. المرضى يعودون من عيادة كليفلاند إلى المنزل بحالة جيدة، ولكن هل يشعرون أنه تمت رعايتهم بشكل جيد؟ كان ذلك البذرة الأولى والركيزة التي قام عليها تحديد المرضى أولًا، كهدف لعيادة كليفلاند.

كعضــو في مجلس إدارة عيــادة كليفلاند، طلب مني توبي ترجمة إنجازاتي الســابقة في قطاع الأعمال في مجال تجربة العملاء إلى مساعدة لعيادة كليفلاند في مجال تجربة المريض من خلال رئاســة لجنة على مســتوى مجلس الإدارة في ســلامة المــرضى، والجودة، وتجربة المريــض، وأن أعمل مع المدير التنفيذي الجديد لتجربة المريــض، الدكتور جيم ميرلينو. في ذلك الحين من واقع دوري كنائب رئيس للخدمات المصرفية المجتمعية في مصرف «كي-بنك» "KeyBank"، كنت قد شرعت في رحلة مماثلة – لتحقيق التميز من خلال تجربة العملاء من خلال وضع العميل في المركز من كل ما نقوم به.

إن جيــم ميرلينو هو نجم صاعد، وتعود جذور شــغفه بالمريــض إلى تجربته مع والده المريض، حيث وجد نفســه على «الجانب الآخر» من الممارســات والنتائج الطبية. في الأيام الأولى، كنا نجتمع أنا وجيم لمناقشة سبل إضفاء الصبغة المؤسسية على جهود عيادة كليفلاند الوليدة في تجربة المريض. المبادئ التي كنت قد وضعتها في القطاع المصرفي عن كيفية قيادة التغيير وتجربة العملاء كانت مهمة، ولكن المشــاركة في تحول عيادة كليفلاند حول المريض فتح عيني وارتقى بأدائي. ومن خلال العمل معًا، أصبحت أنا وجيم صديقَين.

لم يكــن لدى جيم نقطة انطــلاق واضحة ولا تعريف واضح للنجاح. لم يكن هناك كتب أو أدلــة حول ما يجب القيام به. لقد أطلــق عملية داخلية وخارجية منهجية لتعلم أفضل الممارسات من مختلف الصناعات، وكذلك لفهم وتحديد شكل النجاح في عيادة كليفلاند.

يتطلب الأمر قيادة تقوم بضبــط الإيقاع وتضع الأهداف الطموحة للمنظمة. ومعًا قام تــوبي وجيم، ببدء عمليات التغيير التنظيمي وقامــا أيضًا بمطالبة وتمكين جميع العاملين في عيادة كليفلاند-من الأطباء إلى عمال الخدمة - أن يصبحوا مقدمي الرعاية.

وبــدون وجود دليل يرشــدهم إلى كيفية تحويل المرضى أولًا مــن كونهم هدفًا طموحًا إلى أن يصبــح ذلك واقعًا عمليًا، شرعت عيادة كليفلانــد في رحلة التعلم من خلال التجربة والخطأ، والنجاح والفشــل، حتى أصبح الطموح إســتراتيجية وتم وضع الخطط والمنهجيات التي سمحت لعيادة كليفلاند بتطبيق تجربة مريض من الطراز العالمي. متحمسون للخدمة هو شــهادة على شغف وعمل جيم، وهو أيضًا شــهادة على شغف وعمل توبي كوسغروف وعيادة كليفلاند.

وقد قال أحد القادة من مستشــفى آخر «لا يمكننــا أن نكون جميعًا كعيادة كليفلاند» وهو ما أجاب عنه جيم قائلًا «بل، يمكنكم».

«متحمســون للخدمة» يبين لكم كيف يمكنكــم ذلك. إنه خارطة طريق، غنية بالقصص والأمثلة، فضــلًا عن الأدوات والأفكار لتفعيل تجربة المريض. تحســين تجربة المريض ليس فقــط الشيء الصحيح الــذي ينبغي القيام به، ولكنه أمر حتمي في عــالم متغير من اللوائح والقوانــين في الرعاية الصحية الأمريكية. ولكن رســالته ومحتواه يتجاوزان الرعاية الصحية. حيث يوفر «متحمســون للخدمة» دروسًــا واقعيةً ووَجَباتٍ سريعةً قابلــة للتنفيذ لرجال الأعمال في العديد من الصناعات - بما فيها مجالي. وفي عصر المحتوى الزائد، فإن هذا الكتاب يعد قراءة مقنعة وواقعية.

بيث إيه موني (Beth E. Mooney)

الرئيس والمدير التنفيذي لـ «كي كورب»

المقدمة:

دانا بيرنشتاين (Dana Bernstein) امرأة ذكية تبلغ من العمر ٢٥ عامًا، تنعم بالحيوية خرجت لتتحدى العالم فهي تسحر كل من تقابله. كما أنها أيضًا خبيرة في فهم عالم الرعاية الصحية: فهي خبيرة ليس لأنها في جانب مزود أو مقدم الرعاية الصحية، بل لأنها في جانب المريض منذ كان عمرها ثلاث سنوات. وفي ال ٢٢ سنة الماضية، كانت دانا أكثر تعاملاً مع الأطباء والممرضات، وأكثر تنويمًا في المستشفيات، وأكثر تعاملًا مع إجراءات الرعاية الصحية مما يواجهه معظم الأشخاص على امتداد فترة حياتهم.

الشيء الذي جعل دانا تحمل مؤهلات خبير هي معركتها مع مرض كرونز (Crohn's disease) [1]، وهو واحد من اثنين من الأمراض الرئيسية للأمعاء التي تتسم بحدوث التهاب، أو في الحالات العادية، تهيج كبير وتآكل في بطانة جدار الأمعاء. فهو مرض يقوم فيه الجهاز المناعي بمهاجمة أعضاء الجسم. وبحسب التقديرات فإن نحو ١٫٤ مليون شخص في الولايات المتحدة يعانون من مرض التهاب الأمعاء [2]، كثير منهم ليس على دراية به، ولا يوجد هناك سبب معروف أو علاج.

ويمثل مرض كرونز طيفًا مرعبًا من الاحتمالات. حيث يمكن للبعض أن يعيشوا حياتهم بأكملها بحيث تكون مظاهر المرض بسيطة جدًا، ولكن مظاهر المرض تتطور لدى البعض الآخر بحيث تكون خطيرة ومتكررة في كثير من الأحيان مما يؤدي إلى استخدام الأدوية بشكل مستمر والقيام بإجراءات جراحية متعددة واحتمال خسارة الأمعاء بأكملها وهو ما يستلزم إجراء زراعة أمعاء دقيقة. ويمكن أن يؤثر مرض كرونز (Crohn's) على أي جزء من الجهاز المعوي، ويمكن أن يؤدي إلى مشاكل كبيرة في كل الأعضاء الرئيسية للجهاز.

وتعيش دانا في أقصى طرف من طيف هذا المرض. فمنذ تشخيصها، خضعت لعمليات متعددة وعدد لا يحصى من الإجراءات والتنويم في المستشفى. وإذا جلست وتحدثت معها فسوف تشعر بأنها لا تختلف عن أي شخص آخر في مثل سنها. ولكن لو شاركتنا دانا كفاحها مع مرض كرونز لعلمنا أنه تبقى لها قليل من أمعائها وأنها تستخدم فغرة (فتحة إخراجية بديلة من الأمعاء) وتتلقى الدعم الغذائي اليومي من خلال قسطرة مثبتة على صدرها. وتناضل دانا في علاج الآلام المزمنة الناجمة عن الالتهاب الممتد والندب الكبيرة

جــراء العمليات الجراحية المتعــددة. كذلك تواجه دانا إمكانية إجــراء زراعة أمعاء دقيقة والذي يعتبر إجراء شــاقًا. وســوف يضع حياتها في خطر وستكون بحاجة إلى أكثر من مجرد رعاية طبية متخصصة لكي تمر من هذا الإجراء بسلام.

وباعترافهــا شــخصيًا فهي مريضة تتطلب حالتهــا مزيدًا من الرعايــة. وعلى الرغم من تعقيــدات مرضها، فهي إلى حد كبير متحكمة في إدارة مرضهــا. ربما كانت هي وأمها كاري مارشــال (Cari Marshall) تعرفان الكثير عن مرض كرونز (Crohn›s) مثلهم في ذلك مثل العديــد من الأطباء الذين قدموا الرعاية لدانا، وقد كرســت كاري حياتها لمســاعدة دانا في مواجهة مرضها. وتعتبر دانا مريضة ناشطة لا تخشى أن تدافع عن نفسها حيث إنها وأمها لا تريدان فقط معلومات بغرض اتخاذ القرارات بل تريدان المشــاركة في سبب وكيفية صناعة القرارات.

ولكــن دانــا تريد ما هو أكثر من ذلك أيضاَ، ولهذا الســبب فهي تســافر ٢٠٠٠ ميل كي تحصــل على الرعايــة الصحية، في حين قد يكون هناك متخصصــون يمكنهم معالجتها قرب مــكان إقامتها في لاس فيغاس. فلا تريد دانا من طبيبها فقط أن يكون شــخصًا يتبوأ القمة في مجــال تخصصه، ولكــن يجب أن يكون ممن يدخل التعاطــف والتواضع في عمله. وقد جمع الدكتور فيزا رمزي (Feza Rernzi)، رئيس قســم جراحة القولون والمستقيم في عيادة كليفلاند، تلك الخصائص التي تريدها دانا.

تقول دانا عن نفســها «أعلم بأنني مريضة صعبة، ولكني عانيتُ كثيراً، وأعلم ما يناسبني وما لا يناسبني. وكثيراً ما أشعر أنه عندما أناقش الأطباء فإنهم لا يرغبون في الدخول معي في حديث جدي حول ما يجري: وتعتقد دانا أن رمزي (Remzi) يهتم بها كمريضة، ولكنه كذلك يعاملها كصديقة. تقول دانا «إنه يهتم بي -أستطيع أن أشعر به من خلال طريقته في الحديث والتعامل" كما تقول «في الواقع كان يصرخ علي في بعض الأحيان، لكن هذا يظهر اهتمامه».

فهــل الاهتمام بالمريض كصديق يؤثر في حكم الطبيــب وموضوعيته؟ ويعلق رمزي «لا على الاطلاق» يشرح رمزي بالقول «أنا طبيبها وجراحها أولًا، ولكن هل الاعتناء بها كشخص يكلفني كثيراً؟» ويوضح رمزي كيف يؤدي عمله هذا إلى طرح المزيد من القضايا «فإذا شعر مقدمو الرعاية بالارتباط الشــخصي بالمرضى فســوف يكونون أكــثر صرامة في تنفيذ الخطة

العلاجيــة». وكطبيب فهــو يعرف حدود عمله. حيث قال «لن أتنــازل عما هو صواب من أجل رعايتها، ولكني أرى نفسي دائمًا شريكًا داعمًا ومســاعدًا لها في التغلب على هذا المرض الرهيب ونحن أصدقاء في هذا الخندق فهي تســاندني وتســاعدني لكي أكونَ أفضلَ طبيب وتبقيني حاضر الذهن». [٣]

ويقدم د. رمزي لدانا المشــورة الطبية والعلاج، ولكنه دائمًا ما يســاعد أيضًا في إرشادها وأسرتهــا لاتخاذ القرارات الصحيحة لهــا. وتصف والدة دانا رمزي بأنه واحد من أكثر الناس الذيــن قابلتهم رحمة ورعاية، حيث قالت: «إن تعاطفه حقيقي!». إن ثقة العائلة في قدرة رمزي الطبية يعززها اهتمامه بدانا كشخص وليس فقط كمريضة.

هــل من الممكن حقًا أن نتوقع كأطبــاء تحقيق كلٍّ من الكفاءة المهنية العالية والرعاية الرحيمة عند تواصلنا مع الناس؟ لقد كان لي الشرف أن أكونَ ضيفًا متحدثًا في دورة القيادة التنفيذية المتقدمة في كلية هارفارد للأعمال عندما ناقشــنا هذا الســؤال نفســه كجزء من دراســة حالة عيادة كليفلاند. كنا ننظر في تجربــة المريض، وكيف أنها أخذت في الاعتبار في علاج المرضى وعما إذا كان يمكن أن يكون هناك عائد مالي على الاســتثمار يســاعد في دفع هــذه المفاهيم في المنظمة. لقد طرحت حالة دراســية على الطــلاب تتمثل فيما يلي: هب أنك مريض وتحتاج إلى جراحة قلب ولديك إمكانية الاختيار بين جراحين اثنين. أحدهما تُعَدُّ الأفضل في العالم على الإطلاق وبكل المقاييس فيما يتعلق بمخرجات عملها ولكنها دنيئة ولا تتواصل بشــكل جيد مع المرضى أو أسرهم. وهي في الحقيقة تمثل الشــخص التكنوقراطي (صاحبــة خــبرة فنية) الذي ليس لديه تعاطف أو إنســانية. أما اختيــارك الآخر فهو جراح مشــهور بالرحمــة والتعاطف ولكن مخرجــات عمله ضمن إطار معايــير الرعاية المقبولة، فسُمعته ليست بجودة الآخر. فأيهما تريد أن يجري لك العملية الجراحية؟

ومــن المثــير للاهتمام، كان الطلاب متســاوين في اختيارهم. حيث قــال البعض إنهم لا يهتمون ما إذا كان الجراح قد تحدث معهم طالما كانت العملية ناجحة بنتيجة عظيمة. أما الطلاب الآخرون فقد أخذوا ما أســميه منظورًا «إنســانيًا» أكثر: أرادوا أن يتم الاهتمام بهم كأشخاص فضلًا عن المهارة في أداء العملية، بحجة أنه إذا كانت نتائج الجراح الرحيم في إطار معايير الرعاية، يكون ذلك جيدًا بما فيه الكفاية.

وكجراح تعامل عن قرب مع جراحين ممتازين وجيدين وضعفاء، دائمًا ما كنت أعتقد أن الجــدارة الفنية هي أهم عنــصر في الرعاية الجراحية، وأنه إذا كنت أحتاج إلى إجراء عملية جراحية في أي وقت من الأوقات، فإني بالتأكيد سأختار الجدارة الفنية على أي شيء آخر، بما في ذلــك إذا ما كان الطبيب يتواصل معــي أم لا. لقد رأيت جراحين لُطفاء جدًا ومتعاطفين ولكن يمكــن الاعتراض عليهم من الناحية الفنية، حيث تعــرض مرضاهم لمضاعفات رهيبة ولكنهم تجنبوا المســاءلة من خلال بنــاء علاقات قوية مع المرضى وأسرهم. وهذا يدلل على حقيقة كثيرًا ما تكشــفت في قضايا ســوء الممارسة الطبية، وهي أن الأطباء لا تتم مقاضاتهم لأنهــم يفتقدون الجدارة الفنية بل تتم مقاضاتهم بســبب عــدم تواصلهم أو لعدم بنائهم علاقات مع المرضى وأسرهم.

وأتســاءل كيف ســتكون إجابة طــلاب جامعة هارفــارد لو أن زميلي شــانون فيليبس (Shannon Philips)، رئيس الجودة والســلامة في عيادة كليفلاند، قام أولًا بتدريسهم عن الثقافة والســلامة. إن الأطباء المؤهلين تقنيًا مع كونهم مزعجين ســلوكيًا في الواقع يخلقون بيئــة غير آمنة تكبِت مقدمي الرعاية الآخرين وتمنعهم مــن المضي قدمًا في حماية المرضى. حيث يمكن أن يكون لهؤلاء الأطباء في الواقع نتائج سيئة لأنهم يعززون ثقافة الخوف. وأظن أن الطلاب الذين يفضلون التكنوقراط ربما يعيدون النظر في اختيارهم.

فلو كنت في الطرف الآخر من الرعاية الصحية سواء كمريض أو أحد أفراد أسرة المريض، لكنت غيرت قناعاتي حول ما أريد من الطبيب. فالمرضى يستحقون، وينبغي أن يطلبوا طبيبًا متمكنًا طبيًا وفي الوقت نفسه يكون متعاطفًا ورحيمًا. وأعتقد أيضًا أن قادة الرعاية الصحية مسؤولون عن ضمان تقديم جودة طبية، ويجب علينا العمل بجد لضمان تقديم كليهما.

ويُعَدُّ بريان بولويــل (Brian Bolwell) رئيس معهد عيادة كليفلاند الفرعي للسرطان، مثل رمزي (Remzi)، من بين أذكى الأطباء الذين أعرفهم رعاية وإنسانية ورأفة. في يوم من الأيام كنت في مكتبه وكان يبدو حزينًا فسألته ما الأمر، وقال: «لقد تُوفِّيَت للتو امرأة شابة كنت أعتني بها لفترة طويلة ومن المســتحيل ألا أحــزنَ لوفاتها». لم تكن مجرد مريضته بل كان يعرف عن حياتها واشترك معها في رحلة رعايتها. أريد من الأطباء مثل رمزي وبولويل أن يهتموا بي لو كنت مصابًا بمرض فظيع، وأريد أن يكون لي صلة بالأشخاص الذين يعالجونني،

وأريد أن أعرف أنهم يهتمون بي شخصيًا، وأنهم مخولون للعمل على شفائي بحسب وضعي. وأطالبهم بأن يكونوا مختصين وموضوعيين، كما أريد أن أعرف أنهم سيكونون موجودين معي ولأجلي. لا أريد فقط أن يقوم بعض التكنوقراطيين البارعين بالقيام بمجرد إجراء ويغادرون دون تفكير في كيف سأعود إلى حياتي. أريد من أطبائي أن يعرفوا شيئًا عني كشخص وأن يستمعوا لأفكاري وأن يفهموا بأنه في خارج المستشفى لدي حياة وأسرة وأصدقاء. لماذا هذا مهم؟ أريد من أطبائي ومقدمي الرعاية الآخرين أن يستثمروا شخصيًا في نتائج علاجي.

إن الرعاية التعاطفية التي تتجاوز حالة الإنسان هي ما أهدف إلى توفيره لمرضاي وهو المعيار الذي يجب أن نتوقعه لأنفسنا كمرضى. إن الاستثمار الشخصي في التعاطف والشفقة من قبل جميع مقدمي الرعاية هو الأساس لمستقبل الرعاية الصحية. يجب علينا أفراداً ومنظمات مواءمة أعمالنا حول المرضى وكيفية تقديم الرعاية لهم.

لقد أصبح التركيز على تجربة المريض علامة فارقة لعيادة كليفلاند. فإن دانا (Dana) تسافر ٢٠٠٠ ميل لتلقي الرعاية العالية الجودة التي تحظى بها منظمتنا. إن اصطفافنا حول المريض يؤثر على كل ما نقوم به ليس فقط على تحسين رضا المرضى، بل يعمل في المحصلة على تعزيز تقديمنا لرعاية آمنة وعالية الجودة وبقيم عالية. إن أي نظام للرعاية الصحية في العالم يستطيع بل يجب أن يعتمد وضع المرضى أولًا كهدف أساسي.

عندما بدأنا رحلتنا مع تجربة المريض لم يكن هناك كتاب ولا دليل يرشدنا كيف نبدأ، حيث إن المنح الدراسية في مجال الرعاية الصحية لا تهتم بكفاءة تقديم الرعاية وأصبحت التجربة والخطأ طريقةً لعملنا. لقد وضعنا إستراتيجياتنا وأساليبنا الخاصة واقتبسنا بعضها من آخرين، وطبقنا دروسًا من قطاع الأعمال خارج مجال الرعاية الصحية. يعتمد أسلوبنا على التعايش مع التحديات في الخطوط الأمامية لنظام الرعاية الصحية المتنوع وغير المتجانس مع احتياجات المرضى ومطالبهم غير الواقعية. وما زِلتُ وغيري من أطبائنا الأبطال مستمرين في معاينة المرضى. أما بطلاتنا الممرضات فلا زلن يقدمن الخدمات للمرضى المنومين. هذا الالتزام والمشاركة من موظفي الخطوط الأمامية المواجهين للمرضى هو أحد أسباب نجاحنا. لا يمكنك إصلاح تجربة المريض من منظور إستراتيجي يبلغ ارتفاعه ٥٠٠٠٠

قـدم. ذلك أن معظم العمل يجـب أن يتم تفعيله عند نقاط التماس مع المريض ويقوم به مقدمو الرعاية في الخطوط الأمامية.

من ناحية عملية، فإن التحسـين يتطلب منا وضع إستراتيجية موجزة ومن ثم نركز على العناصر الرئيسية التي تسمح لنا بتنفيذها. ويمكننا أن نعتبر أن تجربة المريض هي كل شيء يراه ويفعله ويلمسه المرضى وعائلاتهم.

يركّز هذا الكتاب على كيف نفكر في تجربة المريض وكيف نعرفها وكيف نحدد العوامل الحاسـمة لتعزيز التجربة. تحسين مفهوم التركيز على المريض يؤثر أيضًا على كيفية تقديمنا لسـلامة وجودة الرعاية. وهذا ليس فقط مهماً بالنسـبة للمرضى ولكنه مهمٌّ أيضًا لمقدمي الرعاية.

وفي الفصـول التالية أَصِفُ كيف قررت قيادة عيـادة كليفلاند أن تجعل تجربة المريض أولوية، وكيف عرفتها، وكيف وضعت إستراتيجية لتحسينها. وقد ناقشت العناصر الأساسية للثقافة، وإشراك الطبيب، وفهم المرضى. وشاركتكم نجاحاتنا واخفاقاتنا التنفيذية، بما في ذلك كيف ننظم ونسـتقطب وندرب ونقيس من أجل التميـز في الخدمة؛ وكيف طورت عيادة كليفلانـد ثقافتها واصطفت قواها العاملة حول المرضى أولاً؛ وكيف قمنا بتحسـين العنصر الحاسم وهو تواصل الطبيب. أنا هنا أنقل معتقداتي وتجاربي فيما يتعلق بالقضايا المتطورة مثل جعل المرضى شركاءنا في ضمان جودة تجربته في الرعاية ومشـاركة الأسـاليب الموصلة للجودة مع مقدمي الرعاية في جميع أنحاء العالم بحيث يكون لدى المرضى في كل مكان أمل في الحصول على رعاية أفضل.

لقد كتبت عن رحلة عيادة كليفلاند لأننا حققنا فرقًا، وأسلوبنا لايزال ناجحًا وهو مجرد واحد من عدة أساليب قد ترى أنها قد تساعد منظمتك. وكما تعلمنا من مجموعة متنوعة من الأعمال المختلفة خارج نطاق الرعاية الصحية، فإني أعتقد أن إسـتراتيجيتنا والعديد من تكتيكاتنا تُعَدُّ دروسًـا قابلة للتعلم من طرف التخصصات الأخرى. إن انحياز القوى العاملة لاحتياجات ورغبات العملاء يمكن تطبيقه على أي عمل لديه عملاء.

ولا شـك أن بعض قراء هذا الكتاب سـوف ينظرون إلى أجزاء من منظمتنا ويقولون بأن أسـلوبنا هذا لا يعمل كما نعتقد نحن. إن تحسـين تجربة المريض عمل شاق، ومازال لدينا

الكثير لنقوم به. ولكن كما كانت عيادة كليفلاند تاريخيًا تركز وبلا هوادة على التميز الطبي، فليس هناك شك في أننا الآن نزاوج ذلك بالتركيز بلا هوادة على تحسين تجربة المريض. لقد تغير تصنيفنا بحسب مقاييس تجربة المريض من بين أدنى المستشفيات إلى من بين أعلى المعدلات في البلاد.

وليس المقصود من هذا الكتاب أن يكون مصدرًا شاملًا لكل أداة متاحة لتجربة المريض أو دليل تقني عن كل ما نقوم به. فأنا أناقش إستراتيجيتنا وكثيراً من تكتيكاتنا وأصف بعض العوائق التي واجهتنا. ولو أمعنت النظر إلى داخل منظمتنا ستجد أننا نشبه الأنظمة الصحية الأخرى وربما نبدو كالمنظمة التي تعمل فيها. ولدينا نفس الاحتياجات والتحديات ونحن جميعًا نواجه مستقبلًا غامضًا.

وهناك بعض العناصر الفريدة في رحلتنا هذه والتي منحتنا نجاحًا غير عادي. وقد سمحت شهية عيادة كليفلاند للابتكار لهذا البرنامج بالتماسك والانتعاش ومنحتنا السبق في البدء. ولكن في الوقت الذي بدأنا فيه، لم تكن الضغوط الخارجية مكثفة. أما اليوم فإن القوى التي تدفع المستشفيات لكي تكون أفضل هي أقوى بكثير، ومن شأن ذلك أن يساعد الآخرين على اكتساب موطئ القدم الذي يحتاجون إليه لصعود طريق التحسين.

آمل أن تجدوا شيئًا في هذا الكتاب يمكن أن يساعد منظمتكم. ربما سيثبت لكم هذا الكتاب أنك تسير على الطريق الصحيح ويوفر لكم إحساسًا مطمئنًا بالرضا. فهدفي بسيط. إذا كنت تقدم الرعاية الصحية فيجب عليك التفكير في كيفية مواءمة منظمتك حول المريض. وفي بيئة كهذه فإن رمزي وبولويل وملايين من مقدمي الرعاية الآخرين في جميع أنحاء العالم يمكن أن يحققوا الكفاءة المهنية العالية والرعاية الرحيمة بالتواصل الإنساني. وهذا ما يريده المرضى مثل دانا بيرنشتاين (Dana Bernstein). وهذا هو الشيء الصحيح الذي يجب القيام به، وينبغي أن يكون محور الرعاية الصحية هو ما كنت تَرجوه لنفسك ولأسرتك.



۲۳

شكر وتقدير:

لولا عطاء مرضاي لي منذ أن بدأت هذه الرحلة التي تسمى بالطب لما أصبحت الشخص الــذي أنا عليه اليوم. ومــن أول مريض رأيت كطالب طب إلى تلــك الحالات التي أعالجها اليوم فهــم يعلمونني، يلهمونني، ويضعونني في تحدي الأفكار بشــكل مختلف والاهتمام بهم بشــكل أكبر. لقد علموني هدية التعاطف، ويشرفني أن أكون جزءًا من حياتهم بشكل شخصي. وينطبق الشيء نفســه على الناس المدهشين زملائي مقدمي الرعاية الصحية الذين يتقاسمون المسؤولية البالغة في تقديم الرعاية الصحية للناس.

لولا الدعم والتشــجيع من زوجتي وصديقتي أيمي (Amy) لما صرت ناجحًا ســواء على المســتوى الشــخصي أو المهني، وقد كانــت بجانبي عند ظهور هــذا «التركيز على المريض» ودعمتنــي خلال رحلتي في عيادة كليفلاند. إن كتابة كتــاب كهذا يتطلب التضحية بالليالي وعطلات نهاية الأسبوع، ولقد كان ذلك من بين تضحياتها أيضًا.

لقــد كان والدي يدعى كارمــن (Carmen)، وأنا أدين بالفضل لعائلتي: والدتي شــيرلي (Shirley)، وأشقائي، سو (Sue) وتوم (Tom).

لقد أعطاني كلٌّ من توبي كوسغروف (Toby Cosgrove)، الرئيس والمدير التنفيذي، وجو هــان (Joe Hahn)، رئيس هيئة موظفي عيادة كليفلاند، هذه الفرصة الرائعة للمســاعدة في تشــكيل منظمة وبدء حركــة تجديد. لقد كانت رؤية توبي نحــو دفع «تجربة المريض» للتطبيق ابتكارًا مختلفًا في الرعاية الصحية في وقت لم يكن فيه أحد آخر يتحدث عن ذلك. لقد أخذ كلٌّ من توبي وجو عيادة كليفلاند إلى مستويات عالية كان من غير الممكن الوصول إليها. ولم يتردَّدا أبدًا في دعمهما، وأنا عاجزٌ عن شكرهما.

وقــد كانت كيلي هانكوك (Kelly Hancock)، الرئيــس التنفيذي للتمريض والتي كانت صديقًــا محترمًا وحليفًا مبادرًا وحاســمًا في جميع جهودنا لتحســين تجربــة المريض في عيادة كليفلانــد. ويرجع نجاحنا لها بنفس قدر ما هو لي ولم نكن لنحقق ما توصلنا له لولا شــغفها ودعمها وتصميمها وموهبتها المتوقدة. وهي بحق قائدة موهوبة بشــكل لا يصدق وتحظى باحترام كبير ليس فقط في منظمتنا بل في مجال الرعاية الصحية على مستوى الولايات المتحدة.

أما فيزا رمزي (Feza Remzi) فكان معلمي الإكلينيكي وصديقي ورئيس قســم جراحة القولون والمســتقيم. وكانت أول جولة لي برفقته على أجنحة التنويم عندما كنا نقضي فترة الزمالة. وقد علمني قيمة الاتصال الشخصي مع المرضى وقد كان قدوة يحتذى به في الرحمة والإنســانية. حيث أعادني إلى المســار الصحيح بعد وفاة والدي، وكان أول من استمالني إلى طريقة عمل عيادة كليفلاند وأنا هنا بسببه وسأبقى مدينًا له بالفضل إلى الأبد.

أما بريــان بولويل (Brian Bolwell)، رئيس معهد عيادة كليفلاند تاوســيج للسرطان (Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute)، فمن المرجح أن يكون مسؤولاً بشكل أكثر من أي شخص آخر عن جعلي أتولى منصب المدير التنفيذي لتجربة المريض، وشجعني عــلى المثابرة خــلال عملية البحث وهو قائد بارز تعلمت منــه ألا أخشى التحدث عما هو صحيح، وخاصة عندما يتعلق الأمر بالمريض.

لقد كان أنانث رامان (Ananth Raman) مستشــاري وصديقي والأهم من ذلك رفيق روحي في تجربة المريض منذ البداية. لقد علمني الفروق الدقيقة عند التنفيذ وكان يتحداني على الدوام في التفكير بشــكل مختلف فيما يتعلــق بالفرص التي نواجهها حتى نتمكن من تحقيق النجاح فيما نقوم به، لقد كان بمثابة منارة ثابتة ومستقرة ترشدنا طوال هذه الرحلة.

بــدأ ديفيد لونجــوورث (David Longworth) حياته المهنية في عيادة كليفلاند، وبعد ١٠ ســنوات انضم إلى نظام صحة بوســطن. وعاد إلى عيادة كليفلاند بعد ١٠ سنوات مديرًا طبيًّا. حيث كان يشــكل لي معيار المقارنة «قبل وبعد» وكان يطمئنني باستمرار بأن المكان الــذي نقف فيه اليوم أفضل من وضعنا بالأمس. ولدى ديفيد عقل عظيم وكان ملهمًا لي في العديد من الأفكار حول تجربة المريض.

كــما كانت أدريان بويــسي (Adrienne Boissy) إلى جانبي في هــذه الرحلة من اليوم الأول وكانت متحمسة، وملتزمة، ومتحفزة لتقديم ما هو مطلوب وحق للمرضى. وقد أدى عملها الرائع إلى تحســين ثقافة الطبيب لدينا ومــن المرجح أن يؤثر ذلك من خلال إحداث تغيير ملموس في ممارسة الطب في جميع أنحاء العالم.

أما سيندي هندورفان (Cindy Hundorfean)، المدير التنفيذي للشؤون الإدارية، فهي المسؤولة عن قيادة المؤسسة الإكلينيكية. وهي المحرك في عيادة كليفلاند، وهناك عدد قليل

فقط من الناس الذين التقيت بهم ممن يمكنهم اختصار مثل هذه العملية الهائلة إلى شيء يمكن إدارته. وكانت سـيندي مستشـارًا مهمًا من البداية. وإذا ما كنت أدين لبريان بولويل (Brian Bolwell) بالفضل لإبقائي في السـباق على هذه الوظيفة، فإنني أدين أيضًا بالفضل لسـيندي (Cindy) لإبقائي في الوظيفة. لقد كانت مصدرًا مهمًا للتشجيع والتوجيه والدعم طوال هذه الرحلة.

لقد أمضـت ليندا ماشـوغ (Linda McHugh)، المديرة التنفيذيـة للرئيس التنفيذي ومجلس الإدارة، حياتها المهنية بأكملها في عيادة كليفلاند، ومعظمها بجانب توبي كوسغروف (Toby Cosgrove). وهي تعرف تاريخ المنظمة بشـكل جيد وعاشـت وساعدت في قيادة نمونـا ونجاحنـا المذهل، بما في ذلك المسـاعدة عـلى دفع معهد القلـب إلى المركز الأول في العالم. وخلال سنوات عملي ككبير رؤساء التجربة كانت مرشدة، معلمة، وصديقة وأدين لها بالفضل في قراءة الكتاب بأكمله وتقديم المشورة التاريخية والصريحة والموضوعية.

أمـا بيث مـوني (Beth Mooney)، رئيس مجلس الإدارة والرئيـس التنفيذي لشركة كي كـورب (KeyCorp)، وعضو مجلس إدارة عيادة كليفلاند ورئيس لجنة السـلامة والجودة وتجربة المريض، فهي قيادية رائعة رفعتنا للقمة تدريجيًا من خلال التميز في تجربة العملاء. وقـد علمتني كيف أفكر وأتصرف بمهنيـة ووجهتني منذ البداية لتأطـير قدرتنا وتعزيزها للنجاح على المدى القصير والابتكار لدفع التمايز على المدى الطويل. وأدين لها بالفضل على استعراضها النقدي للكتاب وكتابة مقدمة رائعة لهذا الكتاب.

لقـد طورنـا بصمتنا الدولية تجربـة المريض مع بيـل بيكـوك (Bill Peacock)، جيم بينيديكت (Jim Benedict)، روب سـتال (Rob Stall)، والراحل الدكتور بيل روشـهاوبت (Bill Ruschhaupt) مـن العمليـات. هـؤلاء علموني الكثير عن الرعايـة الصحية الدولية وتحدونا أن نفكر خارج الصندوق لتلبية احتياجات المرضى من الثقافات الأخرى.

لقد بدأت أنا ومارك هاريسـون (Marc Harrison) العمل في عيادة كليفلاند في جناح المديريـن التنفيذيـين في وقت واحدٍ تقريبًـا وكان لديه خبرة قيادية أكـثر مني في الرعاية الصحية. ويُعَدُّ قائدًا ذكيًا يعرف شـخصيًا الوجه الآخر للرعاية الصحية أفضل من الآخرين.

كان منارة وسـط ضبـاب الصباح الباكر. وقـد علمني أهمية التسـاؤل، والنقاش الصحي، والمساءلة، والنزاهة.

أما تـوم غراهام (Tom Graham) فقد عمل لدينا رئيسًـا للمبتكريـن ويمتلك عقلية رائعة كما أن لديه فطنة لا مثيل لها في عالم الطب، وقد تعلمنا منه ومن فريقه كيف نأخذ نجاحاتنا ونسوقها خارجيًا.

ومـن المثير أن أقـول للناس «إنني أحظى بمحـررة». كيسي إبـرو (Casey Ebro) من ماكجـرو هيـل (McGraw-Hill) التي تولت رعاية هذا العمل منـذ البداية. فهي مفكرة رائعة ومشـاركة وذات شخصية تحب الاستفسار، واستثنائية إذ جعلتني أكثر ذكاءً وجعلت هذا الكتاب أفضل.

لم تكن الكتابة على الإطلاق مصدر قوة لي أثناء دراسـتي، وكان هناك دائمًا شيء جذاب بالنسبة لي حول عدم وضوح الخط اليدوي للطبيب. أما بيث برومبو (Beth Brumbaugh) فقد شـكّلت كلماتي وجعلت هذا الكتاب قابلًا للقـراءة. وأنا أدين لها بالفضل في أخذ هذا العمل وجعله موجزًا حتى يسـهل فهمه للجميع فهي موهوبة للغاية وقد أصبحت أفضل بسببها كذلك.

كثـيرًا مـا كان أحد زملائي يبـدي ملاحظة بأن القادة لا ينجحون بـدون فريق رائع من الناس الذين يدعمونهم، وعملي في تجربة المريض ليس استثناء حيث حظيت بالدعم ممن حولي. لقد نجحـت لأن الناس من حولي موهوبون وأذكى مني: جنيفر فراجابان (Jennifer Fragapane)، كارمن كيسترانيك (Carmen Kestranek)، ستاسي بالوتا (Stacie Pallotta)، مـاري ليندا ريفـيرا (Mary Linda Rivera)، توم فيرنـون (Tom Vernon)، ودونا زابيل (Donna Zabell).

لقد أصبحنا قادة أفضل من خلال مجموعة متنوعة من الأسـاليب، ولكن أفضل طريقة هي اكتسـاب مهارات وخصائص من هـؤلاء الذين يحيطون بنا الذيـن نحترمهم ونعجب بهم. يشرفني ويسـعدني العمل مع بعض مـن ألمع وأكثر القادة الموهوبين في مجال الرعاية الصحية، بما في ذلك زملائي في الفريق التنفيذي لعيادة كليفلاند وقيادتنا الطبية والتمريضية، وقادتنا الإداريين في جميع أنحاء المنظمة. لقد تعلمت الكثير منكم وقد خلقنا النجاح معًا.

وهنــاك العديد مــن الناس الذين عملوا بجد لتحويل هــذه المنظمة لتركز على المريض وتجعل تجربة مريض تصل لمستوى عالمي. ربما لا يسعني ذكرهم وشكرهم فردًا فردًا، ولكن هذا الكتاب هو عنكم، والإنجاز الهائل الذي أنجزناه هو إنجازكم، فشكراً لكم!

وأخــيرًا، فإن تــوبي (Toby) غالبًا ما يتحدث عن منصة رائعة هي عيادة كليفلاند، وهذا يعنــي أن هنالك أفراداً رائعين ومبتكرين يعملون في هــذه المنظمة الرائعة وهم يصنعون التآزر الذي يســمح بالنجاح الذي قد لا يســتطيع أي شخص الوصول إليه بمفرده. لقد كان تــوبي (Toby) محقًــا حين علق قائلًا بأنه أي شــخص يعتقد أن ما يحــدث هنا هو نتيجة لعمل شــخص واحد فهو مخطئ. إن عيادة كليفلاند توفر منصة مبتكرة وفريدة من نوعها لدفع النجاح الجماعي الذي قد يكون غير ملموس ويصعب وصفه، ولكنه نجاح يأتي بنتائج حقيقية.


۲۸

الفصل الأول

التحول من خلال تجربة المريض


۳۰

الفصل الأول

التحول من خلال تجربة المريض

في عام ٢٠٠٤ كنت زميلًا في تخصص القولون والمستقيم في عيادة كليفلاند في العام الأخير مـن تدريبي الطبي. وكان المعهد ولا يزال لديه أحد أبرز البرامج في العالم في هذا التخصص، بمـا لديه مـن كم كبير من الحالات وبما لديه أيضًا من عـدد كبير من قادة تخصص جراحة القولون والمسـتقيم من بينهم رئيس القسم فيكتور دابليو فازيو (Victor W. Fazio) رائد جراحة القولون والمستقيم المعروف على مستوى العالم والذي يُعَدُّ من قبل الكثيرين واحدًا من أكبر الأسـاتذة في هذا المجال. إن التدريب مع فازيو لن يجعل مني فقط جراحًا عظيمًا ولكن يفترض أن يضمن أيضًا مسـارًا وظيفيًا اسـتثنائيًا. في اليوم الذي قُبِلت فيه في برنامج الزمالـة، ذهب خيالي بعيدًا وكنت أعلم أنني سـأنضم إلى واحد من أفضل البرامج في العالم إن لم يكن أفضلها على الإطلاق. فكل عملي الدؤوب وتضحياتي منذ سـنوات في التدريب قد أثمرت.

بعد سـتة أشـهر من انضمامي إلى الزمالة لاحظ أبي - ذو السبعة والسبعين عامًا- وجود دم في بوله. كان والدي لا يعاني أيَّ مرض باستثناء ارتفاع طفيف في ضغط الدم. وقد أجري له منظار المثانة في العيادة الخارجية والذي أكد وجود عدة إصابات في المثانة. في البداية لم يرغـب أبي في الحضور إلى عيادة كليفلاند مفضلًا الحصول على العلاج في أحد مستشـفيات المجتمـع القريبة من بيتـه. كنت أنا مصرًا على أن يعالج في عيادة كليفلاند لعدة أسـباب. كان لدينا سمعة عالمية كمستشفى يحتل القمة وكان لدينا أيضًا برنامج المسالك المصنف في المرتبة الثانية على مسـتوى الولايات المتحدة الأمريكية والأهم من ذلك كنا نقدم جراحات المسـالك بالحـد الأدنى من التدخلات بما يتوافق مع سـمعة عيـادة كليفلاند في الإبداعات الإكلينيكية وهو ما يفضل قطعًا مع بلوغ السابعة والسبعين.

تم تنويم أبي في المستشـفى في الخامس عشر من ديسمبر لأخذ خزعة (عينة) من الورم عـلى أن يخرج في نفـس اليوم. ولكن أخذ العينة تطور إلى اسـتئصال كامل للورم بسـبب

الاعتقاد بأنه ورم سطحي – وهو خبر جيد – سيمنع عمل الإجراء الأكثر عنفًا وهو استئصال المثانــة. بصفة عامــة فإن الإجراء تم كما كان مخططًا ومع ذلــك فإن بطن أبي قد انتفخت وهــو ما تطلب عمل فتحة جراحية للتأكد من أن المثانة لم تثقب. وهي مضاعفات تتطلب بقاؤه في المستشــفى تحت الملاحظة. لقد ذهبت إلى وحدة رعاية ما بعد التخدير. كان أبي لم يســتفق تمامًا، ولكنه فتح عينيه عندما لمسته. كان يعاني بعضَ الصعوبة في التنفس وكان لايزال قناع الأكســجين على وجهه. قام هو بخلع قناع الأكســجين وقمت أنا بطمأنته أنَّ كل شيء على ما يرام. فنظر إليَ متسائلًا «هل سأموت؟».

كانت فترة إقامة أبي في المستشفى فترة صعبة. فقد تم تنويمه في أحد طوابق الجراحة إلا أنه عانى صعوباتٍ مســتمرةً في التنفس وهو ما تطلب إعطاؤه الأوكسجين وعلاجات للجهاز التنفسي. وقد أصيب بشلل الأمعاء - اللفائفي - والذي تتوقف فيه الأمعاء عن أداء وظيفتها وهو ما يتطلب تركيب (أنبوبة أنف-معوية) أنبوبة تصل إلى المعدة عن طريق الأنف. لقد قمت بعمل هذا الإجراء للمرضى مئات المرات ولكن لم يسبق لي أبدًا أن أشاهده من منظور أسرة المريض. لقد كان أمرًا صعبًا. لقد كان أبي متألمًا وكنت أشــاهد اليأس باديًا على وجهه وكان يقلــب نظــره إلي وهو ما جعلني أغــادر الغرفة لأنني لم أطق رؤيتــه وهو يتألم. لقد أصابتنــي الصدمة فأبي الذي عرفته رجل قوةٍ وعــزم يمر الآن بأضعف حالاته ولم يكن لدي فكرة كيف أستطيع مساعدته. لقد أردت البكاء حقًا.

مــا كان يفترض أن يكون إجراء إســعافيًا تطور إلى إقامة امتدت عدة أيام بالمستشــفى وانتهت في ليلة الثاني والعشرين من ديســمبر بتوقف قلبــه ووفاته بغرفته. إن المضاعفات التي أدت إلى تنويمه في المستشــفى أو التي أودت بحياته لم تكن خطأ أحد بعينه وبالرغم مــن أنــه لم يتم إجراء تشريح للجثة إلا أنه من المرجــح أن أبي تعرض لأزمة قلبية أو جلطة رئوية. إن أيامه الأخيرة في المستشــفى كانت موجعة له ولأسرتنا على حد ســواء. إنني على يقين أن أبي قد توفي وهو يعتقد أن عيادة كليفلاند هي أســوأ مؤسسات الرعاية الصحية في العالم وأعلم أن أسرتي لا تعارض ذلك أيضًا.

إن تجربتــه خلال تلك الأيام الســبعة كانت بمثابة حالة دراســية توضح كيف يجب ألا تتم إدارة تجربة المريض. إن مدعاة سخريتنا الآن هو أننا في ذلك الوقت عام ٢٠٠٤ لم نكن

نستخدم كلمات «تجربة المريض»، ولكن عندما تحلل إقامته بالمستشفى، فلسوف تكتشف قطعًا نماذج من العوامل التي نعتبرها اليوم هامة للمرضى. لقد اشتكى أبي من أنه عندما كان يضغط على زر الاستدعاء فإن استجابة الممرضين تأتي متأخرة أو لا تأتي على الإطلاق. وعندما أصبح أخيراً قادرًا على تناول الطعام، قام بطلب أطعمة من قائمة الطعام إلا أنه لم يجدها في صينية طعامه. لقد أراد أن يذهب للتمشي لكن أحدًا لم يكن موجودًا لمساعدته. كان من المفروض أن يناظره أخصائي العلاج الطبيعي يوميًا لكن ذلك لم يحدث. ولعل ما كان صعبًا على نفسي أن الأطباء الذين كان من المفروض أن يقوموا بمتابعته طوال إقامته لم يكونوا يمرون عليه في كل يوم. وكانت الرعاية الصحية له تدار بشكل أساسي من قبل طبيب المسالك المقيم.

إنني أذكر بوضوح الليلة التي توفي فيها أبي. فهي ذكرى لا تمحى قد حفرت في ذهني. كان ذلك قبل أعياد الميلاد بثلاثة أيام وكنت لتوي عائداً بعد التسوق وكنت قد أويت إلى الفراش. لقد سمعت رنين الهاتف ولكنني حاولت تجاهله حيث كنت مرهقاً وظننت أنها قد لا تكون مهمة. في النهاية أجبت على الهاتف. كان أحد زملائي من أطباء المسالك وهو صديق لي ساعدني في العناية بأبي يتصل من فلوريدا. حيث ذهب لقضاء الإجازة، وكان قد تم إشعاره بالموقف من قبل الأطباء المقيمين. ولأنه صديقي فقد أراد أن يكون هو من يبلغني الخبر العاجل «جيم»، «يؤسفني ذلك فعلاً ولكنهم فقدوه» لقد أخبرني أن أبي قد توقف قلبه وأنهم لم يستطيعوا إعادته للحياة مرة أخرى. إن صديقي لم يكن يعلم ماذا حدث. إذا لم تكن قد خَبِرت مكالمات من هذا النوع من قبل فلا يمكنني وصفها لك.

بصحبة أمي وأختي، مر عليَّ أخي، وتوجهنا إلى المستشفى عند منتصف الليل تقريبًا في ظل واحدة من أسوأ العواصف الثلجية التي لم نشهدها منذ سنوات. كان أبي هو أقرب فرد بين من فقدتهم من أعضاء الأسرة حتى ذلك الوقت، وفي أثناء القيادة الصعبة كنا نبدو وكأن شيئًا لم يحدث. أظن أننا اعتقدنا أننا عندما سنصل إلى المستشفى سنعلم بأنه كان هناك سوء تفاهم رهيب. ولكن الأمر لم يكن كذلك.

عندما وصلنا إلى المستشفى اقتادونا إلى غرفته وكان جسده ممددًا على السرير. وقد نزع عنه كل شيء وكان الممرضون قد قاموا بتغطيته. لقد تكلموا معنا بشكل مختصر. حيث

استُدعي أحد الأطباء المقيمين والذي كان مناوبًا في خدمات الرعاية الأولية – وقد بدا عليه التعب الشديد – وقام بالإجابة عن التساؤلات بقدر استطاعته. لقد كان لدينا قناعة بأننا أسرة قوية تستطيع مجابهة أي شيء لكننا لم نعلم خطأ هذه القناعة كما علمناه في وقتها. لقد حاول الممرضون قدر استطاعتهم لكنهم لم يستطيعوا تزويدنا بالمعلومة الطبية التي كنا نبحث عنها: لماذا؟ ما الخطأ الذي حدث؟ ألم يكن قد تحسن؟

أحد الأشخاص من المشرحة كان هناك، وسرد علينا - بشكل آلي - تعريفًا بالخطوات التالية بما في ذلك الاستفسار عما إذا كنا نرغب في تشريح الجثة ومن يمكنه التواصل معه بخصوص الترتيبات النهائية. لقد كان أمرًا غير إنساني أن نُسْألَ عمن سيقوم بالترتيبات ونحن للتو قد أخبرنا في منتصف الليل بوفاة أبي غير المتوقعة. ترتيبات؟ أحقًا؟

اكتشاف الجانب الآخر للرعاية الصحية:

إن تجربتي مع أبي كانت هي المرة الأولى التي يصبح فيها شخصٌ من المقربين جدًّا إلى مريضًا بمرض خطير. وبالرغم من كوني طبيبًا ومتدربًا حاليًا في المنظمة، فقد وجدتني قيد مشاعر واعتقادات بأنني لم أستشعر ذلك من قبل لأنه لم يسبق لي أن جلست على «الجانب الآخر» من الرعاية الصحية. بالطبع كنت قد نلت حصتي من الحالات الخطيرة وشاهدت الكثير من الناس يموتون وكنت قد أجريت مثل هذه المحادثة مع كثير من أعضاء أسر المرضى، لكنني لم أقضِ وقتًا كبيرًا في التأمل كيف يكون عليه الأمر عندما أكون أنا في الطرف المتلقي لمثل هذه الأخبار الصادمة. هذه التجربة الشخصية المؤلمة جعلتني أعرف أن المرضى وأسرهم يستحقون مزيدًا من التعاطف والإنسانية أكثر مما يبدو أن العاملين في الرعاية الصحية قادرون على تقديمه في مثل هذه الأوقات الصعبة وإذا ما كانت عيادة كليفلاند ليست قادرة دومًا وبشكل مناسب على استيفاء المطلوب وتقديم الرحمة والتعاطف عند وفاة أحد الأشخاص. إذًا فمتى نقوم بذلك؟

بِصفتي عضوًا في فريق الرعاية الصحية - أي طبيبًا - فإنَّ كلَّ ما تعلمته حتى وقتها عن كيفية التعامل مع المريض كان قد بني على الملاحظة. فهي مهارة كان يتم التدريب عليها على رأس العمل من خلال ملاحظة مقدمي الرعاية الآخرين الذين قاموا بتعليمي ما يفترض

أنهـا الطريقة التي يجب أن يتم التعامـل بها مع المرضى. وبعد كل ذلك فلقد تعلمت على يـد مجموعة من الأفضل عالميًـا! الكثير منهم كان يحذر من الاقتراب الشـديد من المرضى وينصحني قائلًا «لا تتعلق عاطفيًّا بالمرضى لأن ذلك قد يؤثر على موضوعيتك» لقد تعلمت كيـف أكون مهنيًّا مثاليًّا: موضوعيًّا، مسـتقلًا ومتأملًا. في مدرسـة الطـب، أخبرونا أن لمس المريـض هو دلالة مهمة على أنك تهتم به، ولكن بعض الأطباء كانوا يتراجعون عندما يقبل عليهم أحد المرضى أو أسرهم ليعانقوهم. أحد أعضاء هيئة التدريس في الكلية قال إذا لمس أحد أعضاء الأسرة ذراعك «حدق فيه وتوقف عن الكلام حتى يبعد يديه»، أطباء مثل فازيو ورمـزي (اللذين أشرت إليهما في المقدمة) كانوا يلمسـون ويعانقون المرضى في كل الأوقات وكان ذلـك جزءًا من جاذبيتهم. لك أن تسـتنتج أن كثيرًا من المتدربين يحاكون سـلوكيات الأشخاص الذين يتعرفون عليهم عن قرب.

إن الرعاية الصحية ليسـت دائمًا إنسـانية، وليس مقدمو الرعايـة دومًا عطوفين. إننا لا نظهـر دومًا التعاطـف. وكما أنه من المفروض أن يتوقع المـرضى الحصول على رعاية طبية متوافقـة مع معايير الرعاية فإنهم أيضًا يسـتحقون ويجـب ان يحصلوا على طريقة تعامل ملائمة ولكن التدريب الطبي كان على النقيض من ذلك.

وبصفتي متدربًا مجتهدًا كنت قد خططت أن أسـتلهم نموذج سـلوكيات معلمي، لكني عرفـت، بعد تجربة والـدي، أن الطريقة التي تعلمناها كانت خطأ. كان هناك شيء مفقودٌ وقد قررت أنني سـأصبح مختلفًـا -كان يجب عليَّ ذلك. وعلى الرغـم من أنني لم أكن قد بدأت بعد ممارسـة الطب بشـكل مسـتقل ولم أتمكن بعد من اسـتيضاح كيف يجب أن تكون الممارسـة، إلا أنني علمت أن هذه التجربة سوف تدفعني دومًا قدمًا للأمام. ولسوف آخذ وقتًا أطول في التركيز على الجوانب الإنسـانية للمريض والبيئة التي تتم فيها الممارسـة (الطبية).

إن وفـاة أبي كانت بمثابة نداء أيقظني وذكرني بسـبب اختياري للطب منذ البداية، إن الطـب ليس فقط هو علاج المرضى ولكنه الاعتناء بأناس لهم شـخصيات مميزة، أناس لهم حياتهم ولهم من يحبونهم ولهم هوياتهم وطموحاتهم وشـغفهم ونجاحاتهم وفشلهم. إن المرضى ليسـوا مجرد أشـياء، أرقام أو أمراض، ولكـن المرضى هم أناس نقابلهـم غالبًا فيما

يُعــد أصعب أوقات حياتهم وأكثرهــا تحدياً. ولا يجب على كل من يعمل في تقديم الرعاية الصحية أن يمر بتجربة مشابهة لتجربتي لكي يدرك أهمية «التركيز على المريض».

قرار الرحيل عن عيادة كليفلاند:

في الشهر الذي يسبق وفاة أبي كان قد عرض عليَّ وظيفة مرموقة للعمل في قسم جراحة القولون والمســتقيم في عيادة كليفلاند. لقد أخبرني فازيو أنه على مدار ٣٥ ســنة هي فترة عمله رئيسًــا للقســم قد عرض مثلها فقط على اثنين من متدربي الزمالة وكنت أنا أحدهما. وبالرغــم مــن كوني قد وطنت نفسي على بقائي في كليفلانــد. إلا أنني كنت محظوظًا حيث جاءني عرضان آخران من منظمتي رعاية صحية محليتين. وعندما وصل العرض الرسمي من عيادة كليفلاند على مكتبي لم يعد هناك الكثير من الشك بخصوص أين سأمارس المهنة بعد ذلــك. لم يكن بوســعي احتواء حماسي للعرض. ولكن بعد تجربتــي على الجانب الآخر من رعاية المريض، أصبحت أفكر بشــكل مختلف بخصوص قراري وخططي المهنية المستقبلية. لقــد أردت أن أمارس المهنة بتركيز قوي على إقامة علاقة مع المرضى وأسرهم. إن تجربة أبي قد غيرت تصوراتي بخصوص عيادة كليفلاند وحول ما إذا كنت أستطيع أن أحقق مثل هذه الممارسة في مثل هذه البيئة.

إن الشــهور الأولى بعد وفاته كانت صعبة جدًا بالنســبة لي وذلك لســببين. الأول أنني شــعرت بأنني قد خذلت أبي إلى حد ما، إذ لو أننــي أوليته قدرًا من الرعاية أكبر والاهتمام به عن كثب فلربما أمكنني تغيير النتائج. كان يغمرني الإحســاس بالذنب. فكوني طبيبًا كان يحتم عليَّ أن أفعل المزيد. والســبب الآخر أنني بدأت خدمتي في قسمنا هذا في عام ٢٠٠٥ مقترنًا بطبيب مشــهور بسمعته الســيئة في ترهيب الأطباء المقيمين، لقد ظننت في البداية أن أخلاقيات العمل القوية لدي وموهبتي في بناء العلاقات وقدرتي على التعايش مع الناس سوف تجعلني أتجاوز ذلك. وخلال شهرين من خدمتي معه أدركت بأني كنت مخطئًا؛ فإن المعاملة غير اللائقة والتي تضمنت مضايقات شخصية وإهانات تقدح في مهاراتي الاحترافية بدأت منذ اليوم الأول.

بينما كنت أقود ســيارتي للعمل كل يوم كانت تنتابني مخاوف مرضية من أنني ســوف أطرد بســبب عدم جدارتي وأن مســتقبلي المهني ســوف ينتهي. عقلانيًا كنت أعلم أن ذلك

غير صحيح وأنني أتعرض لطقس من طقوس العبور بهذا القسم. ولكنني عاطفيًا قد سلبت قوتي من خلال اســتمرار ســوء المعاملة والتقلبات غريبة الأطوار. ما جعلها أسوأ أن الجميع كان يعلم بما يحدث معي لأن ذلك حدث مع الكثيرين قبلي ولم يقم أي شخص بعمل شيء لإيقاف ذلك. لقد انتشرت ثقافة الخوف في القســم بخصوص هذا الشــخص وكان الاعتقاد الســائد هو أنه عليك أن تبتســم وتتحمل ذلك. بينما شهدت الكثير من سوء المعاملة خلال فــترة تدريبــي كانت هذه هي المرة الأولى التي توجه مباشرة لي. كان شــيئًا شــخصيًّا جدًّا. وكانــت التجربة مهينة جدًّا وتســتنزفني عاطفيًّا. لقد انتقلت مــن هذه الخدمة وثقتي في نفسي كجِراح محطمة.

إن الزميلة التي تبعتني تعرضت لنفس الظلم لدرجة دفعتها للانهيار في غرفة العمليات، أنهــت تعقيمهــا وخرجت من غرفــة العمليات وتوجهــت إلى مكتب الرئيــس لكي تقدم اســتقالتها. وكانت واحدة من الجَرّاحات المتفوقــات وكانت قد أتت من بريطانيا العظمى لكي تقوم بالتدريب لمدة عام في واحد من أفضل البرامج على مستوى العالم. ولكنها ذُهِلَت من المعاملة التي تلقتها، لقد هددت أن ترحل وتعود إلى بلدها. لقد نُقِلَت من الخدمة مع هذا الجراح، ولكن مع ذلك لم يتم اتخاذ أي إجراء ضد هذا الجراح.

إن تجربتي كانت بمثابة الضربة الثانية ضد عيادة كليفلاند. إن وفاة أبي أيقظت بداخلي هذه المشــاعر، حيث صدمت بتجربة أبي الســيئة في هذه المنظمة. لقد أســيئت معاملتي كطبيب مقيم بشكل رهيب. فلا يمكنني قطعًا أن أمارس الطب هكذا. لابد أن يكون هناك طريقــة أفضــل للتعامل مع المرضى وأيضًا فيما بيننا كأطبــاء. وأبلغت فازيو بأنني لن أقبل عرضــه وأنني ســأنضم إلى المركز ميتروهيلث الطبي بدلاً من ذلــك. لقد اقتنعت أن عيادة كليفلاند كانت مكانًا شريرًا عامل المرضى بشــكل سيئ ورعى بيئة لم يعمل فيها الناس سويًا ولم يســاندوا بعضهم البعض. لم يكن بوســعي الانتظار حتى أخرج من الباب في الثلاثين من يونيــة من عام ٢٠٠٥. وعندما انتهت زمالتي تركت عيادة كليفلاند إلى الأبد، أو هكذا كنت أعتقد.

في كلية الطب نتوقف عن النظر للمرضى كأشخاص

لم يكن من الغريب بالنسبة لي أن أختار مسارًا غير متوقع. فلم أتبع أبدًا المسار التقليدي لا في الثانويــة أو الجامعة ولا في كلية الطب. لقد كنت بمثابة ما يمكن أن يســمى «ســهمًا معقوفًا» في دخولي لكلية الطب. حيث لم أســلك مســارًا مباشرًا. فبينــما رغبت دائمًا في أن أكــون طبيبًا إلا أن درجتي العلمية الجامعيــة الأولى كانت في إدارة الأعمال. ومنذ أن كنت في الثانوي عملت في الخدمة العامة وشاركت في الحملات السياسية وهو ما أثر على خياري التعليمي الأول.

وكمولــع بالخدمة الحكومية والإدارة التنفيذية، فقد أدمنت الدفاع عن الحقوق العامة والحملات السياســية. ولكن كان هناك عيب في مشــاركاتي السياسية، أنني لم أستشعر تمامًا بأنني أؤدي شــيئًا لكي أفيد الناس أو أنني أقدم مشاركة ذات معنى للإنسانية. وبعد خمس ســنوات قمت بإعادة تقييم مســاري المهني وقررت الســعي في تحقيق حلمي في أن أكون طبيبًا.

كان عليَّ أن أعود للمدرسة من جديد لاستيفاء المتطلبات العلمية قبل التقديم على كلية الطب. وقد حصلت على قبول في كلية الطب بجامعة «كيس وسترن ريسرف»، والتي كانت هي خياري الأول ليس فقط لأنني وددت البقاء في مســقط رأسي بكليفلاند ولكن لأن هذه الكلية كان لديها منهج دراسي متفرد. جامعة «كيس وســترن ريسرف» بادرت بالتعامل مع المرضي حيث يطلب من الطالب المســتجد في السنة الدراسية الأولى أن يقوم بمتابعة إحدى المريضات الحوامل أو أحد المرضى المسنين. كانت القناعة أن ذلك يجعل التعليم الطبي أكثر تركيزًا على المريض.

إننــي أتذكر توتري وقلقي في اليــوم الأول الذي قابلت فيه مريضتي الصغيرة، الوحيدة، الحامل لقد قمت بمتابعتها خلال رعاية ما قبل الولادة وكنت معها في الليلة التي وَلَدَت فيها في المستشفى. لم يكن هناك تقدم في مراحل الولادة وبدأ الجنين يظهر عليه التأثر. لقد هُرِع بها إلى جراحة قيصرية طارئة. ولحســن الحظ فإن كليهما - المريضة وطفلها - تعافَيا بشكل طيب. وعندما قمت بزيارتهما في اليوم التالي، شكرتني المريضة أنني كنت هناك من أجلها. فلقد كنت الشــخص الوحيد الذي كانت تعرفه في أثناء ولادتها ولقد قمت بملاحظتها طوال

هذا الإجراء. لقد اعترفت لي بأنها كانت مرتعبة وأن وجودي كان يعني لها الكثير. لقد كانت لحظة أكدت لي ما كنت أدعيه لنفسي بأنني هنا لكي أساعد الناس.

خــلال العامين الأولين مــن كلية الطب، قضى معظم الطلاب بضعــة أيام فقط في تعلم كيفيــة مقابلة المــرضى، وعلى رأس ذلك كيفية أخذ تاريخ طبي شــامل. وكنت أنا محظوظًا كــوني أحد الطلاب الســتة الذين تم اختيارهــم لبرنامج خاص تحت رعاية دكتور ســوزان ودكتــور جيمس كارتــر (Drs. Susan and James Carter). كانت ســوزان طبيبة أورام، وكان جيمس طبيبًا في الأمراض الباطنية ورئيسًــا ســابقًا للقسم في مركز ميتروهيلث الطبي (MetroHealth Medical Center). وكانا يشــعران أن التعرض العميق للمرضى في وقت مبكر من التدريب من شأنه أن يعزز التعاطف والرحمة لدى الطلاب. لمرة واحدة أسبوعيًّا وعــلى مدار عامين، كنا ننتقــل إلى مركز مترو لقضاء بعض الوقت مع آل كارتر، ومناقشــة مهارات التشخيص البدني، ونتدرب على أخذ التاريخ المرضي، وفحص المرضى الفعليين.

خــلال العامين النهائيين من كلية الطب، الســنوات الإكلينيكيــة، كان هناك القليل من الوقت لتناول الرعاية الرحيمة، والتعاطف، أو الكثير عن الجانب الإنساني من الطب. حيث تصاعدت وتيرة العمل، ومثل جميع طلاب الطب، تم الزج بنا في ســباق الفئران بين طوابق المستشفى. كنا حريصين على رؤية المرضى والتصرف مثل الأطباء الحقيقيين. وكانت مواضيع مثل التعاطف والإنسانية هي أبعد ما تكون عن عقولِنا، حيث حل محلَّها مراجعة المختبرات، والركض وراء التقارير، والقيام بالمهام اليومية التي يتعين على الأطباء المقيمين القيام بها.

في نهاية المطاف اخترت أن أكون طبيبًا مقيمًا في تخصص الجراحة العامة. أسرني في هذا التخصص القدرة على «إصلاح» مشــاكل للناس. حيث يمكن للجراحين جعل المريض أفضل. إنه تخصص لا يُعنى بعلاج الأمراض المزمنة، والتي لا يشــفى منها المرضى أبدًا على نحو تام. ولقد كان هذا الجانب جذابًا جدًّا.

لقــد تدربت كمقيم جراحــة عندما كان هناك عدد من اللوائح التي لم تعد ســارية في واقعنــا اليوم. لم تكن هناك قيود على ســاعات العمــل، وكان المقيمون يقضون ما يصل إلى عشرين ساعة يوميًا في المستشفى، ويبقون غالبًا لأيام متعددة تحت الاستدعاء. لقد أصبحنا خــبراء في إنجاز الأمور. كنا نجيء في الصباح الباكر، ونمــر تقريبًا على حوالي عشرين مريضًا

بأقصى ما نستطيع من سرعة وكفاءة، ونراجع فحوصات المختبر، ونضع الأوامر، ونبلغ غرفة العمليات بحلول السابعة والربع صباحًا. حيث نقوم بإجراء العمليات طوال اليوم ثم نمر على نفس العدد من المرضى أو ما يزيد قليلًا، قبل أن نذهب إلى المنزل. حيث نأكل، وننام، ثم نستيقظ في صباح اليوم التالي، ونفعل ذلك من جديد. قد كنا نعتبر أنفسنا محظوظين إذا تمتعنا بالإجازة يوم الأحد لمرة واحدة في الشهر. كنا هناك لرعاية المرضى، والمساعدة في الجراحة، ومحاولة التعلم بأكبر قدر ممكن. إنه عمل غالبًا ما يكون مرهقًا وغير إنسانيّ.

على الرغم من ذلك فإن البرنامج الذي تدربت فيه كان مُرْضِيًا بالنسبة لبرامج التدريب الجراحي الأخرى، فقد كان ما يزال هناك بعض الجراحين المتسلطين بل بصراحة الوضيعين والبغيضين مع الجميع تقريبًا، وخاصة مع الأطباء المقيمين. إن هذا السلوك قد فاجأني وصدمني. وكقادم من عالم الإدارة العامة وإدارة الأعمال، لم أكن قد شهدت من قبل مثل هذا السلوك الطفولي والنرجسي. إن هؤلاء الأطباء الذين كان من المفترض بهم التركيز على الرعاية يقتادهم الغرور. أي نوع من العالم دخلت؟ كنت أظن أنه من المفترض بنا أن نقدم الرعاية للناس.

بعد سنوات من التدريب في ظل هذه الظروف، توقفنا عن رؤية المرضى كأشخاص. وذهبت عني تجربة التركيز على المريض التي اكتسبتها خلال السنتين الأوليين من كلية الطب. المرضى لم يعودوا بالنسبة لنا أشخاصًا، بل أمراضًا تحتاج إلى علاج. وأصبحوا «حالة انسداد الأمعاء الدقيقة في قسم الطوارئ». أو «رجل أبيض مصاب بطلق ناري» أصبح المرضى وأفراد عائلاتهم الذين يطرحون الكثير من الأسئلة مزعجين بالنسبة لنا، وكل من كان يعترضنا كنا نواجهه بعنف. زملاؤنا أيضًا لم نعد نراهم كأشخاص. فبدلًا من الرغبة في العمل كفريق واحد وبدلًا من أن يساعد بعضنا البعض على التطور، كنا نسخر مما نظنه نقصًا لدى «الآخرين». في قسم جراحة الأطفال خلال الشهر الرابع من تدريب الزمالة، أبلغني رئيسي طبيب أول مقيم الجراحة، «إذا لم تقم بجعل أحد أطباء الأطفال يبكي خلال هذه المناوبة، فإنك لن تنجح » وقيل لي من قبل الأطباء المعالجين «إذا لم يمكنك الوصول لتشخيص المريض من خلال ثلاثة أسئلة أو أقل، فأنت غبي».

هل غيرني تدريبي الطبي؟ بالتأكيد فعل! في مسيرتي كي أصبح جراحًا استثنائيًا، نسيت جزئيًا سبب اتجاهي إلى الطب في المقام الأول، والذي كان هو رعاية ومساعدة الناس. وكان

عـام الزمالـة الذي قضيته في عيادة كليفلاند تذكير شـديد ونداء أيقظنـي لحاجتي بتغيير المسار.

الريادة في تجربة المريض:

في ختام زمالتي، عزمت على اتباع نهج يكون أكثر تركيزًا على المريض، وبدأت ممارسـتي في مركز متروهيلث الطبي، المستشـفى العام لمقاطعة «كوي أهوجا» في شـمال شرق ولاية أوهايو. عملت على التأكد من التعرف على جميع مرضاي شـخصيًا. لقد جعلت ذلك جزءًا من الممارسة في محادثات المتابعة الطبية أن أسأل عن الجديد بخصوص أشياء أتذكرها عن مرضاي كأشـخاص. وقـد اعْتَدْتُ أن أمرَّ عليهم مرتين يوميًـا، وكنت أتصل عندما أكون غير قـادر على القيام بذلك. وكنت أتصـل بأفراد من عوائل المرضى عندمـا تفوتنا رؤية بعضنا البعض في المستشفى. نصف مرضاي كانوا تابعين لبرنامج التأمين الطبي للأسر والأفراد ذوي الدخل المحدود (Medicaid) أو من غير المؤمن عليهم، ولكن الجميع كان يحصل على رقم هاتفي الخلوي. وكانت هذه هي الممارسات التي تبعها العديد من الأطباء في مركز مترو.

لقد كنت الجراح الوحيد المدرب في تخصص القولون والمسـتقيم في مجموعتي. وعندما تكون مسـؤولًا عن إيجاد المرضى في تخصصـك، تتعلم وبسرعة كبيرة قوة وأهمية العلاقات وحقيقة أنها غالبًا ما تكون مدفوعة بالتجربة التي تقدمها لأطباء الإحالة والمرضى. إن تقديم رعايـة طبية عالية الجـودة لا يعطي الكثير من الأفضلية التنافسـية عندما تكون في الفناء الخلفي لمنظمة ينظر إليها على أنها من بين المؤسسات الرائدة في العالم. ولكن كوني متفوقًا في توفير الرعاية المصاحبة -تحسـين تجربة المريض -كان نقطة تميز حاسـمة بالنسبة لي في منافستي ضد عيادة كليفلاند العملاقة.

واسـتفدت أيضًا من العملاء «الآخرين» في السوق، الأطباء. ومع كون القانون الاتحادي يحظر تحفيز الإحالة ماليًّا، لكنني قمت «بتحفيزهم» ولكن من خلال تقديم خدمة أفضل. هنـاك قول قديم مأثور في الممارسـة الخاصة «الأطباء بوسـعهم الحصـول على المزيد من المـرضى إذا كانوا ودودين، متاحين، ويسـهل الوصول إليهم»، وقد سـعيت جاهدًا كي أكوِّن الثلاثة معًا. لقد قمت بزيارة مقدمي الرعاية الصحية في المجتمع لكي أضمن أن يعرفوا من

أكـــون، ونوعية الرعاية التي يمكن أن أقدمها لمرضاهم، وتواصلت معهم بصورة شــاملة عن مرضاهم. تضاعف حجم الحالات الجديدة من مرضى جراحة القولون والمســتقيم إلى ثلاثة أضعاف، حيث دفع هذا التواصل المزيد من الإحالات التي من المرجح أنها كانت ســتذهب إلى عيادة كليفلاند. وبذلك نجح مستشــفى المقاطعة في تقديم تجربة متميزة أمام واحدة من أفضل برامج القولون والمستقيم في العالم.

قائد جديد لعيادة كليفيلاند:

عــلى مدار الســنوات القليلة التالية، ظللــت على اتصال وثيق مع مرشــدي الإكلينيكي في الزمالــة، فيــزا رمزي. وكان يطلعني بانتظام على التغييرات في عيــادة كليفلاند، وكثيراً ما أبــدى ملاحظاته حول كيف كانت المنظمــة تتحول إلى الأفضل تحت قيادة ديلوس م. توبي «كوســغروف»، الذي تولى منصــب الرئيس والمدير التنفيذي في منتصــف فترة زمالتي عام ٢٠٠٤. وقد حدد «كوسغروف» التركيز على المريض كواحدة من أولوياته الإستراتيجية، وبذل جهدًا ليســير بعيادة كليفلاند في هذا الاتجاه. أتذكر جهوده الأولية خلال زمالتي: لقد جعل المنظمة تتخذ «المرضى أولاً» كشــعار لها وأنشأ لاحقًا مكتبًا لتجربة المريض وتعاقد لقيادته مع تنفيذي رفيع المســتوى، رئيسًــا تنفيذيًا لتجربة المريض. ومن ثم بدأت البرامج الوليدة التي تركز على المريض.

عيادة كليفلاند تحصل على فرصة أخرى:

في عام ٢٠٠٨، آنذاك كنت قد أمضيت في مترو ثلاث ســنوات تقريبًا، اتصل بي رمزي لكي يقول لي إنه كان على وشــك التقدم بطلب لرئاســة قسم جراحة القولون والمستقيم، والتي خلت مؤخرًا من فازيو، والذي كان قد عين رئيسًا لمعهد أمراض الجهاز الهضمي. وطلب مني رمزي مساعدته على التحضير للتقديم على لجنة البحث، وقال لي إنه إذا ما قدر له النجاح، فإنه يأمل في اســتقطابي مرة أخرى إلى عيــادة كليفلاند. كان رمزي على علم بما كنت أفعله في مــترو لبناء ممارســتي من خلال التركيز على العلاقــات. كان لديه رؤية مماثلة: أن يتميز قســم جراحة القولون والمستقيم في عيادة كليفلاند بخدمة المرضى وشركائهم من الأطباء في المجتمع. تاريخيًا، كان القســم ناجحًا لأن أطباء الإحالة كانوا ببســاطة يرسلون إليه المرضى.

وقد أراد رمزي بناء وتحسين العلاقات مع الأطباء الممارسين في جميع أنحاء الولاية بل جميع أنحـاء البلاد لـكي نتميز في الخدمة. لقد كان معلمي وصديقي في الوقت نفسـه، وبطبيعة الحال وافقت على مساعدته في الاستعداد لتأمين حصوله على رئاسة القسم. ولكن قلت له إنني لن أعود أبدًا إلى عيادة كليفلاند.

اسـتغرق البحث عن الرئيس ثمانية أشـهر. كنتُ ورمزي نتكلم كل أسـبوع تقريبًا. وقد كـرر عليَّ عرضه للتوظيـف عدة مرات، وكنت دائمًا أرفض. ولكننـي أصبحت مهتماً. رمزي طبيب عطوف ورحيم وإنسـان. لم أسـتطع أن أرفض تمامًا وأن أتجاهل وجهات النظر التي كنا نتشاركها حول التغيرات في عيادة كليفلاند لأنني كنت أعرف أن لدينا معتقدات مماثلة بشـأن الممارسـة الطبية التي تركز على المريض. وكان رمزي متحمسًـا حقًّا حول ما أصبح تحقيقه ممكنًا تحت قيادة كوسـغروف. عندما اتصل بي رمزي ليقول إنه قد اختيرَ رئيسًـا، قـدم إليَّ فرصة أخـرى للعودة. وتعهد بثقافة تقوم على الخدمـة والاحترام والدعم الثابت للمبـادرات التي تركز على المريض والتي كنت أؤمـن بأهميتها. ومع هذا الوعد في متناول يدي، قبلت.

وانضممـت مرة أخرى إلى عيادة كليفلاند كجراح في القولون والمسـتقيم في عام ٢٠٠٩ يصاحبني الخوف، ولكن مع الأمـل. تكريمًا لوالدي وتجربة عائلتنا، أعطيتها محاولة أخرى. عـدت مع الطموح لدعـوة الأطباء الآخرين في قسـمنا لما تعلمت من ممارسـتي الخاصة التـي تركز على المريض. عدت بوصفي الابن الـذي لم يتمكن من أن يحدث فارقًا في رعاية والده، والذي سـيبذل قصارى جهده لكي يصنع الفارق للمرضى المستقبليين لعيادة كليفلاند وأسرهم. كنت أعرف القليل عن إلى أين يمكن أن يقودني هذا القرار.

لقد أشـغلت نفسي برعاية المرضى، وفي الوقت نفسـه أطلقت بعض البرامج ذات الصلة بتجربة المريض داخل القسم ومن ثم في معهد أمراض الجهاز الهضمي لدينا. وفي عام ٢٠١٠، بعد سـبعة أشهر من عودتي، حصلت على توصية كمرشح محتمل لمنصب الرئيس التنفيذي لتجربة المريض. لم يكن لدى أي فكرة أن هذا المنصب قد أصبح شـاغرًا، وفي البداية لم أكن مهتـماً. وعند التواصل معي لإجراء مقابلة، كنت أظن أن المنظمة قد اختارت بالفعل خلفًا وأنها كانت مجرد مسايرة للإجراءات.

خلال المقابلة التي أجراها معي كوسغروف، سألني لماذا أعتقد أن تجربة المريض مهمة. أخبرته بقصة والدي وقلت له إنني أعتقد أنه لا يجب أن يموت أي شخص آخر في مستشفانا وهو يعتقد بأنها أسوأ مكان في العالم للمرضى. لقد تفاجأ - لكنها كانت الحقيقة. لقد سألني كيف يمكن أن نحسن أنفسنا، فأخبرته أنني لست على يقين تام. وسألته السؤال نفسه، فكان لديه إجابة مماثلة. واتفقنا على أن نقرر ذلك سويًا.

الفصل الثاني
المرضى أولًا وجهتك للتغيير

٤٦

الفصل الثاني

المرضى أولًا وجهتك للتغيير

تخيل ممارسة الطب قبل مائة عام: عصر ما قبل المضادات الحيوية، والتصوير الطبي المعقد، وقبل ظهور الأدوية المعجزة التي تعالج المرض أو على الأقل تعدل من مساره. هنالك صورة أستخدمها في العروض التقديمية لممارس يسير منفردًا في فناء مزرعة وهو يحمل الحقيبة السوداء أيقونة الطب. إن معظم المعجزات الطبية منذ مائة سنة كانت موجودة في تلك الحقيبة السوداء، ولكن معظم الشفاء الذي حققه الأطباء آنذاك ارتكز على الأيدي التي حملت الحقيبة والعلاقات والتفاعلات التي كانت للطبيب مع المرضى وأسرهم.

كما أبدى فرانسيس ويلد بيبودي (Francis Weld Peabody) -الطبيب الرائد في أوائل القرن العشرين والباحث والمعلم، والمهتم بالشؤون الإنسانية - ملاحظته لمجموعة من طلاب الطب في جامعة هارفارد في عام ١٩٢٧، «الطبيب الجيد هو الذي يعرف مرضاه عن ظهر قلب، ومعرفته هذه تشترى غاليًا. لابد من تقديم الوقت والتعاطف والتفاهم بسخاء، ولكن المكافأة تكمن في تلك الروابط الشخصية» [1]. إن الأطباء والممرضين وقتئذٍ كانوا يقدمون ما لديهم من أدوية ويقدمون ما يمكنهم تقديمه من رعاية، والتي كانت في معظمها، تقوم على توفير الراحة والرحمة. كانوا يتحدثون مع المرضى وأسرهم، يلمسون الناس، ويمنحونهم الطمأنينة والأمل حتى عندما يكون هنالك ربما منه القليل.

عندما أتأمل كيف نقدم العلاج اليوم، أفكر في غرفة العمليات أو وحدة العناية المركزة. كلتاهما قد امتلأ بفرق مهنية عالية التدريب تعمل بأفضل التكنولوجيات الطبية على هذا الكوكب: وقد تطورت ممارسة الطب من عمل فردي إلى جماعية الفريق. عندما كنت متدربًا، كان المرضى الذين يخضعون لعملية إصلاح الفتق الإربي غالبًا ما يمكثون في المستشفى حتى صباح اليوم التالي. أما اليوم فيقضون بضع ساعات في وحدة رعاية ما بعد التخدير (الإفاقة) (Postanesthesia care unit). إن المرضى المنومين اليوم هم أكبر سنًا

وأكثر مراضة، ولديهم مشكلات طبية متعددة. وكثيرًا ما نلاحظ أن مستشفيات الرعاية المرجعية الكبرى في أنحاء البلاد وقد غدت كوحدات عناية مركزة ضخمة.

المرضى أولًا كشعار تأسيسي:

لقد تأسست عيادة كليفلاند قبل نحو مائة عام، عندما عزم أربعة من الممارسين الفرديين من أصحاب الحقائب السوداء على تشكيل وحدة لرعاية المرضى. لتبدأ نموذجها الفريد في الممارسة الجماعية في عام ١٩٢١، وتُميِّز المنظمة نفسها بالابتكار، أحد الدوافع الرئيسية لنجاح عيادة كليفلاند اليوم. حيث تم اختراع تصوير شرايين القلب التاجية هنا في عام ١٩٥٨، والذي أحدث ثورةً في علاج أمراض القلب. وسرعان ما أعقب ذلك إجراء أول عملية جراحية لترقيع شرايين القلب التاجية في عام ١٩٦٧. ساعدت هذه الابتكارات ونحوها عيادة كليفلاند على النمو في الحجم والشهرة، لتجتذب إليها المرضى من جميع أنحاء العالم، وتدفع إليها بعدد كبير من الإجراءات التي عززت من سمعتها كموطن قوة إكلينيكي وأكاديمي. لدى عيادة كليفلاند اليوم ١٤ من التخصصات الطبية والجراحية في المرتبة رقم ١، وتصنف المستشفى إجمالًا في المرتبة الرابعة على مستوى الولايات المتحدة الأمريكية وفقًا لتقرير «أخبار الولايات المتحدة والعالم» (U.S. News & World Report). إن تركيز المنظمة على التميز الإكلينيكي ونموذجها الفريد في الطب قد أدى بها إلى مصاف العظماء.

ولكن مع مرور السنوات، أدى تركيز عيادة كليفلاند على النتائج الإكلينيكية وحدها إلى أن تضل طريق المبادئ التي أرساها مؤسسوها، الذين آمنوا بأن المريض هو أهم جزء في المنظمة. وفي حين أن المنظمة كانت جيدة جدًّا في مجال الرعاية الطبية، إلا أنها فقدت بعضًا من اعتنائها بالرعاية. ما كان مفقودًا في خضم التعقيدات الأوركسترالية والنغمة المرتفعة للرعاية الطبية هو اللمسة الإنسانية. لقد اشتهرت عيادة كليفلاند بتميزها الإكلينيكي، ولكنها لم تشتهر بوصفها مكانًا يتحصل فيه على الرعاية بشكلٍ إنساني. كما أنها لم تشتهر أيضًا بكونها وحدة عمل جماعي كما تصور المؤسسون. وكانت تجربتي الخاصة شاهدةً على ذلك. هنالك شيء كان بحاجة إلى التغيير.

«المرضى أولًا» شعاراً للرئيس التنفيذي الجديد:

بـــدأت عملية التغيير عندما أصبح كوســغروف الرئيس التنفيــذي في عام ٢٠٠٤. وكان من أولى جهوده أن زج بنفســه فيما يصفه «مدرســة المديرين التنفيذيين» [٢]. لقد استشار وقضى وقتًا مع خبراء إدارة الأعمال مثل جاك ويلش الرئيس والمدير التنفيذي السابق لشركة جنرال إلكتريك؛ مايكل إي بورتر الأستاذ بجامعة الأسقف ويليام لورانس بمعهد الإستراتيجية والتنافســية بكلية هارفــرد لإدارة الأعمال؛ وآخرين. ومن بين القضايــا الملحة التي حددها كوســغروف من خلال هذه الدراسة احتياج الرعاية الصحية إلى إعادة العميل – المريض – ليكون هو محل التركيز الرئيسي.

بعد ذلك بوقت قصير، قدم كوســغروف شــعار «المرضى أولًا»، وكان الهدف من رؤيته بســيطًا: أن يكون لدى كل الأفراد في المنظمة فهمٌ واضحٌ حول سبب مجيئهم للعمل في كل يوم بل ســبب وجود عيادة كليفلاند، وكانت الخطوة الأكثر نجاحًا في تحول تجربة المريض في عيادة كليفلاند هو اصطفاف المنظمة حول شعار المرضى أولًا.

وكما هو الحال في مؤسســات الأعمال الأخرى، فإن مؤسســات الرعاية الصحية وُجِدَت لأجــل عملائها، وكما قال أحد مؤســسي عيــادة كليفلاند، ويليام إي لــور: «إن المريض هو أهم شــخص في المنظمة» [٣]. فبدون المرضى، لن يكون هناك مستشفيات، ولن تكون هناك وظائف رعاية صحية، ولن يكون لدينا شيء لنفعله.

نحن في مجال الرعاية الصحية قد لا نرغب في الإشارة إلى مرضانا بوصفهم عملاء، ولكن المــرضى هم في الواقع عملاء قبل أن يصبحوا مرضى. والمرضى لا يحتاجون فقط إلى خدماتنا. إنهم يأتون إلينا في أضعف حالاتهم وغالبًا ما يكونون في أكثر أوقات حياتهم فزعًا، ويضعون حياتهــم تلك بــين أيدينا. يتوقع المرضى منا توفير الراحة والشــفاء في بيئة رحيمة وأن نهتم باحتياجاتهم العاطفية والروحية اهتمامنا برعايتهم طبيًا.

هــل هناك صناعة أشــد ارتكازًا على الخدمة من الرعايــة الصحية؟ كل قرار في المنظمة ينبغــي أن يأخذ أولًا بعين الاعتبار ما هو الأفضل للمرضى. كانت هذه هي الفكرة من وراء شعار المرضى أولًا وسببًا في اختيار كوسغروف لها. إن وضع شعار كخطوة أولى قد يبدو أمرًا

سطحيًا. ومع ذلك، فلم يكن أمرًا بسيطًا أو ثانويًا. فمن خلال تقديم شعار المرضى أولًا، خلق كوسغروف حوارًا مبكرًا ومهمًّا وبيانًا إستراتيجيًا مبسطًا عن سبب وجود المنظمة.

«المرضى أولًا» سـوف توفر نقطة تجمع لدعم ثقافة المنظمة، وتحديد أهدافها، ومحفزًا لإحداث التغيير، وأساسًا إستراتيجيًا. المرضى أولًا سوف تصبح البوصلة الحقيقية لدينا؛ وسببًا لوجودنا كمنظمة، ومحددًا لتوجهاتنا.

أتذكر عندما رُفِعَ الشـعار الجديد، وقد كان كوسـغروف لتوه رئيسًا تنفيذيًا منذ بضعة أشـهر فقط، وأطلقَـت حملة داخلية حول مفهوم «المـرضى أولًا»، حيث وزع على الجميع دبابيـس توضع على الصدر تحمل شـعار «المرضى أولًا»، وقد ارتديناهـا جميعًا كموظفين مطيعين. شـعار المرضى أولًا ذاعَ على نطاق واسع في جميع أنحاء المنظمة، وأصبح جزءًا من علامتنا التجارية. ومازلنا نرتدي هذه الدبابيس حتى الآن.

في البداية، كان الكثير من الناس متشـككين. أذكـر، عندما كنت أمشي مع زميل في أحد الممرات التي تربط بين مبانينا، سـاخرًا من كون الشـعار الجديد مبالغًا فيه. «نحن أطباء. متـى لا نضع مصالـح مرضانا في المقام الأول؟» حيث نحرم من النـوم، وينهكنا العمل لقد تهكمنا على هذا الشعار، ولم نكن الوحيدين الذين يتهكمون؛ فالعديد من موظفي الخطوط الأمامية سـخروا من الشـعار الجديد أيضًا. ففي كل مرة لا تسير فيها الأمور على ما يرام أو عندمـا يتضجر مريض من أحد إجراءات المستشـفى، كان النـاس يتمتمون «المرضى أولًا». لست واثقًا أن أي شخص كان يعتقد حقًا أن ذلك كان جهدًا مهمًّا من شأنه أن يحدث ثورة في عيادة كليفلاند.

حتى إن العديد من الموظفين والأطباء سـخروا مما اعتبروه نفاقًا من كوسـغروف. كان الناس يبدون تعليقات مثل: «هل سبق لك أن قابلت الرجل؟ إنه أبعد ما يكون عن المرضى أولًا» تحدثوا عن سـلوك كوسغروف نفسه كطبيب وكيف أنه كان غالبًا لا يرى المرضى بعد الجراحة، اعتمادًا على أعضاء فريقه، والذين كانوا يختلقون الأعذار حول سبب عدم تواجده بعد الجراحة، وقد أبدى أحد مرضاه، وهو طبيب في مستشـفى آخر، ملاحظته لي بعد عدة سـنوات أنه حقيقةً قد التقى مع كوسغروف بعد أن أجرى له الجراحة، وقال إنه نقل هذا بحماس، بعد أن سمع ما يقال بأن كوسغروف لم يكن يمر أبدًا على المرضى بعد الجراحة.

على الرغم من أن كوسـغروف لم يظهر تركيزه على المريض بشـكل روتيني إلا أن ذلك لا يعنـي أنه لم يكن يهتم بالمرضى، فقد كانت جـودة الرعاية الفنية هي محور تركيزه على المريض، وأشـار «أثناء تدريبي، كان عـشرة في المائة من المرضى يموتون أثناء جراحة القلب. لقد ركزت على صقل ما كنت أفعل من أجل خفض معدل الوفيات. لم أسـتغرِق وقتًا طويلًا في التحدث إلى المرضى أو التفكير في مشاعرهم. لم أفكر في المجتمع، ولا المرضى بأكملهم، ولا في كيفية عمل المنظمة. كل ما فعلته هو جراحة القلب -طوال اليوم، كل يوم. قضيت حياتي في السعي لتحقيق التميز التقني».

لقد شاركني قصة حول فترة تدريبه كطبيب مقيم. «كان هدفنا هو إبقاء الناس على قيد الحياة، وكان المرضى يسـعدون لمجرد النجاة من جراحة القلب، ناهيك عن التفكير في كيفية التعامل معهم كبشر... تخيل وجهة نظرنا – كان الموت من حولنا كل يوم. خلال الوقت الذي قضيته في مستشـفى بوسطن للأطفال، توفي خمسة أطفال في يوم واحد ... هل تعتقد أننا لم نطور آلية للتكيف بحيث توقف لدينا الجانب العاطفي في تقديم الرعاية عن العمل؟» [٤].

لقد قبل المـرضى مقايضة ابتعاده بمهاراته الجراحية كخبـير والارتفاع المتوقع في جودة النتائـج. هـذه هي الحقائق التي يعترف بها كوسـغروف اليوم بحريـة، معلنًا بصلابة أنها ليسـت الطريقة الصحيحة لممارسة الطب. إن إدخال شـعار المرضى أولًا قد أطلق تحولًا لا يصدق، ليس فقط لعيادة كليفلاند، ولكن للرئيس التنفيذي الجديد كذلك.

«المرضى أولًا» توجهاً تنظيمياً:

قد يبدو بديهيًا أن تدرك الأعمال التي تقوم على تقديم الخدمة، وبخاصة مجال الرعاية الصحية، الحاجة لوضع العملاء في صميم كل ما يفعلونه أو حتى أن يتوجهوا لهم بشـعار، ولكن الأمر ليس كذلك. جميعنا مررنا بإخفاقات كثيرة من مقدمي الخدمات الصحية، عندما شـعرنا بأننـا أقل أطراف المعادلة أهمية. فكر في غيرها مـن الأعمال الخدمية في معاملاتك اليومية. كم منها يُظهر أهمية للعملاء؟

في دراسـة تجرى من قبل شركة «واترمارك للاستشارات» (Watermark Consulting) تتضـح هذه النقطة [٥]. حيث تقوم هذه الشركة سـنويًا بتحليل إجمالي عائدات محفظتي

أسـهم نموذجيتين تتألفان من أفضل وأسـوأ الشركات المتداولة في مؤشر فورسـتر السـنوي لأبحاث تجربة العملاء[٦]. حيث تقوم واترمارك باستدعاء ١٠ شركات قيادية تحتل القمة في مجـال تجربة العملاء و١٠ شركات أخرى تحتل القاع لتقاعسـها في تجربة العملاء. وكما في فلسـفة عيادة كليفلاند المرضى أولاً، فإن كل ما تفعله الشركات القيادية يكون متوجهًا نحو العميـل، بينما تكون الشركات المتقاعسـة عن العملاء على عكـس ذلك. ومنذ عام ٢٠٠٧، قامت «واترمارك» بتحليل أداء أسـهم الشركات القيادية والمتقاعسة في تجربة العملاء على مؤشر إس آند بي لأكبر خمسمائة شركة مالية أمريكية (S&P 500) حيث وجد في المتوسط، أن مجمـوع عائدات الشركات القيادية في تجربة العملاء أعلى بثلاث مرات، وأداءَها أفضل بأكثر من خمس مرات من الشركات المتقاعسة. الاستنتاج بسيط: الشركات التي تتوجه نحو العملاء تخلق قيمة أكبر للمساهمين.

قد يبدو منطقيًّا أن تجد جميع المستشفيات تشترك في تركيزها على المريض، ولكن الكثير منها لا يفعل ذلك. قد يتم مناقشـة التوجه نحو المريض أو حتى التباهي حول ذلك، ولكن في كثير من الأحيان لا توجد مسـاءلة أو إدارة لهذا المفهوم، وإذا ما قمت بتقييم ما يجري من عمليات بداخل هذه المستشفيات، فسوف لا تجد أي دلائل على التركيز نحو المريض.

لم يكن الهدف من شـعار عيادة كليفلاند وتركيـزه هو تقديم الرعاية، ولا جعل المرضى سـعداء. إنمـا هو التوجه: أن تجعل الجميع يضعون المـرضى في صميم كل ما يفعلونه، وأن تجعلهم يفكرون دوماً فيما هو صواب للمرضى وأسرهم.

في البدايـة، كان العديـد من موظفي عيـادة كليفلاند ينظرون إلى مبـادرة المرضى أولاً باعتبارها حيلة تسويقية سطحية. فكان رفضنا وسخريتنا من هذا المفهوم أبرزا فشل عيادة كليفلانـد كمنظمة وعززا من الحاجة إلى التحول. إذا كنا لم نسـتطع أن نفهم أو نأخذ على محمل الجد أهمية التركيز على المريض، بغض النظر عما إذا كنا نشعر بأن الرئيس التنفيذي يعتقـد ذلك أم لا، إذن فما الغايـة من العمل في رعاية الناس؟ في مجـال الرعاية الصحية، يجب أن يكون اعتماد المريض أولاً كتوجه جزءًا إلزاميًا من علامتك التجارية. إنه ليس وسيلة تحايل أو حيلة تسويقية. بل هو أساس ثقافي.

في الآونة الأخيرة، طلب مني أحد الاشــخاص أن أدافع عن موقفي الذي تبنيته «العميل أولًا» بــدلًا من «الموظف أولًا»، وكانت حجته أنه يجب أن نضع الموظفين على رأس العملاء - في صميــم ما نقوم به - لأنهم هم من ينفذون إســتراتيجية التركيز على العميل. إنني لا أتفق معه، فالتوجه نحو العملاء هو إســتراتيجية تنظيمية تبين ســبب وجود المنظمة أصلًا وتمنح جميع من يعملون في المنظمة هدفًا مشــتركًا - ســببًا في مجيئهــم إلى العمل كل يوم - هو خدمــة العملاء. هل الموظفون مهمون؟ قطعًا، ولكــن الهدف الرئيس من أي عمل خدمي، وبخاصة في مجال الرعاية الصحية، هو الحفاظ على العميل (المريض) في مركز الإســتراتيجية التنظيمية، إن المنظمات ليست لأجل موظفيها، فهي موجودة لأجل عملائها.

لم أدرك المعنــى الحقيقي لتوجه الموظفين نحو المرضى حتى تركت عيادة كليفلاند بعد زمالتي وبدأت في علاج المرضى معتمدًا على نفسي. وسرعان ما تعلمت أن هناك العديد من العوامل التي تؤثر على إدراك المريض للرعاية.

في متروهيلــث، كان لــدي مريضٌ قد تقيأ في سريره، ملوثًا أغطية السرير. وقد طلب من الممرضة في مناسبات عدة تبديلَ الأغطية إن أمكن ذلك، فلم يساعده أحد. وأخيرًا، جاء أحد أفراد النظافة إلى غرفة المريض، فطلب منه المســاعدة في تغيير الأغطية. فعاد هذا الشخص بطقــم نظيف، ولكن بدلًا من أن يقوم بتبديلها، قام بوضعها على حافة السرير وخرج. كان ما يدور في ذهنه أو ذهنها على ما يبدو، أنه أو أنها ساعدت المريض، وعلى المريض أن يبدل المفرش بنفسه إن أراد ذلك. وفعلًا، قام المريض محبطًا بعملية التبديل. ولم يكن هذا المريض يريد أن يتقدم بشكوى. فكما أوضح لي: «أرى هؤلاء الناس كل يوم، ولا أرغب في إغضابهم» لحســن الحظ، كان رجلًا لطيفًا ولديه الكثير من روح الدعابة، ولم يكن يريد تضخيم الأمور بشأن ذلك. ولكنه بعد خروجه، أخبر جميع من كان يعرفهم عن «قصة أغطية السرير».

«المرضى أولًا» غرضاً لوجود المنظمة:

في حــين أن منظــمات الرعاية الصحية غالبًا ما تفشــل في اســتيعاب أهمية التركيز على العمــلاء، فإن الصناعــات الأخرى توفر أمثلة نموذجية. فعلى النقيــض من «قصة الأغطية» كان مــا لاحظتــه من توجه الموظفين نحــو العملاء عند زيارة منتجع والــت ديزني العالمي

في أورلاندو، فلوريدا. مبكرًا في مسـيرتي كمدير تنفيـذي لتجربة المريض، كنت مهتمًا بفهم كيف تقوم ديـزني بتقديم خدمة عملاء عظيمة. تلقيت لمحة عامة من خلال أحد مديريها التنفيذيـين حول كيف تقوم شركة والت ديزني بتأطير ثقافتها التنظيمية، حيث تبذل الكثير من الوقـت والموارد لتعلم الموظفين، والمعروفين بأعضاء فريـق العمل، عن مهمة المنظمة وكيف يقوم أعضاء الفريق بها. ومن المتوقع أن يعايش كل عضو من الفريق القيم الثقافية الست: الابتكار، الجودة، الجماعية، سرد القصص، التفاؤل، والأخلاق [٧].

مُنحت جولةً فيما وراء الكواليس في أجزاء من المنتجع. كنت أعرف بالتأكيد سمعة ديزني في الخدمة الرائعة، ولكن كنت متشـككًا قليلًا وسـاخرًا نوعًا ما أن منظمة بها ما يقرب من ٧٠،٠٠٠ موظـف في أورلانـدو وحدها يمكن أن تصـل إلى أن تجعل كل واحد من موظفيها يذكر قيم المنظمة إذا ما طلب منه ذلك. ولكي أنال من مضيفي، أجريت اختبارًا صغيرًا. بينما كان يصحبني في الجولة، طلبت من كل عضو فريق قابلته أن يذكر لي قيم ديزني الست. في البداية، كان الوضع محرجًا قليلًا لمضيفي لأن أيًّا من الأشخاص الذين التقينا بهم لم يمكنه أن يذكـر القائمـة الكاملة، حتى مع التوجيه. ولكن من المدهش حقًا أن كل عضو كان يعبر أنه أو أنها شـعرت بأنها جزء من شيء كبير ومهم، إنه شيء سـحريّ حقًا وذو غاية سامية، أكثر بكثير من مجرد وظيفة. كانوا يعتقدون جميعًا أن مهمتهم هي «تقديم السـعادة» للناس. بالنسـبة لي كانت تجربة فتحت عيني، وأسرتني بهذه المشاعر. (تقديم السعادة) كان مثل شعار (المرضى أولًا) بالنسبة لديزني، يمثل غرضًا لوجود المنظمة، ويبدو على جميع من قابلنا أنه يعيش ذلك. وكان زميلي من ديزني يبتسـم ابتسامة عريضة. إن فكرة الغرض من وجود المنظمة ليست جديدة. المرضى أولًا ليس مجرد شعار؛ ولكنه الهدف.

يقول ألان سـيجل، الرئيس التنفيذي لشركة سـيجيل فيجن، وهي شركة رائدة في صناعة العلامات التجارية على مسـتوى العالم، والتي شـعارها الوضوح قبل كل شيء، إنه يجب على المنظمات اسـتخدام مفهوم البساطة في تحديد غرضها [٨]. كان سيجيل هو العبقري الذي يقف وراء تصميم نموذج ضريبة القيمة المضافة من صفحة واحدة (IRS 1040EZ one-page tax form)، وقـد نجـح في عمليـة معقدة جـدًا هي (ملف الضرائـب) حيث قام بتبسـيطه في صفحـة واحدة. إن قناعة سـيجل أن هدفنا كقادة هو أن

نبتكر رسالة بسيطة أو هدفًا واحدًا يؤطر لما تقوم به منظمتنا، ولا ينبغي أن يكون شيئًا يحتاج إلى التفكير، بل ينبغي أن يكون شيئًا يفهمه الناس بشكل بديهي، ويعتقد سيجيل أن هذه هي أفضل وسيلة لتوصيل الغرض المشترك لوجود المنظمة بقوة وفعالية. ولمنظمات ترتبط بالرعاية الصحية، ما العبارة البسيطة التي يمكن أن تصل بشكل أفضل من «المرضى أولًا»؟

لقد لاحظت مظهرًا آخرَ رائعًا يتجلى في قطاع آخر غير قطاع الرعاية الصحية عن «العملاء أولًا» كغرض لوجود المنظمة وذلك عندما أقمت في فندق وبرج ترامب الدولي أثناء حضوري لمؤتمر في شيكاغو. إن الاعتناق الثابت للجودة التي يصنعها «دونالد» كان واضحًا من لحظة أن وصلت. يتوقع المرء من منظمة تعمل في الضيافة أن تركز على العملاء وأن تركز على الجودة، ولكنني أقمت في العديد من الفنادق الكبرى في جميع أنحاء العالم، ولم أصادِف على الإطلاق مثل ما لاقيته في فندق ترامب. منذ أن قام موظف الخدمة بفتح الباب عندما وصلت، إلى الوقت الذي غادرت عندما وضع الخادم حقائبي في سيارة أجرة، والجميع وكل ما واجهت فيما بين ذلك كان تجسيدًا منقطع النظير للجودة العالية. الجميع جسد هدف المنظمة على أكمل وجه. وبالرغم من أنه كان هناك العديد ممن كان لهم دور في هذه التجربة الاستثنائية، فإن بعض التفاصيل قد تميزت حقًّا، مما جعلها تجربة شخصية وخاصة.

فمثلًا عندما دخلت غرفة الضيافة، وجدت على السرير رسالة شخصية وقعها دونالد ترامب. تقدرني كعميل وتشكرني على المجيء، وتصوغ توقعاتي من خلال تسليط الضوء على لماذا ستكون إقامتي تجربة استثنائية، وتعلمني بأن العاملين (موظفيه) موجودون هناك من أجلي. وبقي التواصل مستمرًّا. فعندما عدت من اجتماعي، كانت هناك بطاقة ممن قام بترتيب سريري: «نتمنى لك إقامة ممتعة وآمل أن تحظى بأمسية رائعة. يرجى إبلاغنا إذا احتجت أي شيء» وعندما تناولت مشروبًا (في الحانة) في تلك الليلة، كان الخادم حاضرًا ولكنه لم يكن متطفلًا، وبدا وكأنه يتوقع كل احتياجاتي.

وباعتباري رائدًا في صناعة الخدمات ومسؤولًا عن التركيز على العملاء، فأنا أعرف بعض الأنشطة والأدوات التي تصوغ التوقعات المناسبة وتقود إلى تجربة إيجابية، ولكن أكثر ما أعجبني في هذا المكان هو أن تجربتي كانت في كل خطوة تجربة استثنائية، حيث فطن الفندق بنجاح لمواضع التماس المهمة بالنسبة للعملاء، حيث تم تغطية جميع احتياجاتي

واهتماماتي بها، مع تحسينات إضافية.

إن الشركات التي تعمل في صناعة الضيافة، وبخاصة العلامات التجارية الكبرى، معروفة جيـدًا بتقديـم تجربة رائعة، لكنَّ هناك فارقًا بين أن تكـون التجربة رائعة، وبين أن تجعل الشـخص يشعر بأنه شخص مميز. تجربتي في منشاة ترامب أثرت بي، وخرجت من عندهم ولديَّ شـعور بالتميز، إن جعل العميل يشعر بالتميز كان واضحًا كهدف تنظيمي. ومازلت أحتفظ برسالة دونالد.

لم يكن أحد يعتقد حقًا أن شـعارًا واحدًا بسيطًا، المرضى أولًا، من شأنه أن يحدث تحولًا في عيادة كليفلاند. ولكن هذا الشعار فعل شيئًا لست متأكدًا أن أحدًا أدركه في ذلك الوقت: بدأ ثقافة اصطفاف العاملين حول المريض وتحديد الغرض من وجود المنظمة.

وأعتقـد أن معظم العاملين في المنظمـة اليوم مدركون لأهمية هذا الغرض البسـيط. بعد عدة سـنوات من تحـول عيادة كليفلاند نحـو المرضى أولًا، وبعـد أن أصبحت مديرًا تنفيذيًـا لبرنامج تجربة المريـض، حصلت على أدلة على ذلك من جانب المرضى أنفسـهم. فبينما كنت جالسًـا على حمام السـباحة بعد حضور اجتماع في فلوريدا علمت أن مريضًا من خـارج الولاية كان يحاول التواصل معي. في ذلك الوقت، كان فليكس رابابورت (Felix Rappaport) رئيسًـا ومديرًا للعمليات في فندق وكازينو مـيراج في لاس فيغاس (Mirage Hotel and Casino in Las Vegas)، التـي هي جزء من مجموعة المنتجعات الدولية إم جي إم (MGM Resorts International). لم يكن لدي أيُّ فكرة من هو ذلك الشخص أو لماذا أراد أن يتحدث معي. لكن بعدما تواصلت أنا ورابابورت، أخبرني أنه قد حظي بتجربة مريـض رائعة في عيـادة كليفلاند. وقال لي بالرغم من أن منظمته مكرسـة لتحقيق خدمة عملاء رائعة، إلا أنه يعتقد أننا كمستشفى قد قمنا بعمل أفضل.

لقـد طلبت من رابابورت أن يخبرني تحديدًا ما الذي كان مميزًا في تجربته معنا. فأبدى ملاحظته بأن جميع الأشخاص الذين قابلهم، بدءًا من العامل الذي قام بصف سيارته وحتى العاملين الذين كانوا ينقلونه في أرجاء المستشفى، بدوا وكأنهم جميعًا كانوا هناك من أجله هو فقط وليس لأجل أحد غيره. عمل الجميع معًا، كما لو كانت المنظمة بأكملها تركز على جعل تجربته اسـتثنائية. وصف رابابورت، مرارًا وتكرارًا أنه كان محور تركيز كل شـخص في

المستشفى. لقد كان يصف ما أعتقد أنه أحد أعظم الإنجازات التي حققناها كمنظمة.

وبنـــاء على دعوة من رابابورت، قمت بزيـــارة ميراج. إنه مكان رائع، وكان لدي الفضول للتأكــد من صدق ملاحظته بأن عيادة كليفلاند تقدم خدمة أفضل. وعلى غرار زيارتي لعالم والت ديزني، فمنذ اللحظة التي أقلوني فيها من المطار إلى وقت أن أعادوني إليه، سألت كل موظف في ميراج «هل تحب العمل في ميراج، ولماذا أنت هنا؟» بشكل لا يصدق، فإن جميع مـــن صادفتهم من الموظفين قد أحـــب العمل هناك. كان لدي كل منهـــم قصة يرويها عن عمله: سائق سيارة الليموزين كان لديه طفل مريض وذكر كيف أن القيادة قامت بأكثر مما يجب عليها فعله في رعايته هو وأسرته. وعبرت موظفة الاستقبال عن تقديرها لبيئة العمل ومرونة ســـاعات العمل التي جعلتها تتمكن من إنهاء دراســـتها. كان الشـــخص الذي يدير معلم البركان الذي يشـــتهر به الفندق يعتقد أنه يحظـــى بـ «أروع وظيفة في العالم»، وكان فخـــورًا بأن يخبر أصدقاءه وعائلته بمـــا يفعله. كانت الحيوية والرضا الوظيفي من الموظفين الذين واجهتهم أمرًا رائعًا.

في اليوم التالي، تحدثت مع القيادة العليا لميراج، شـــارحًا فلسفة «المرضى أولًا» في عيادة كليفلانـــد وكيـــف أعتقد أن هذا المبدأ يمكـــن تطبيقه على منظمتهـــم. كنت على يقين من أنهـــم قد فهموا علاقـــة هذا المبدأ بالرعايـــة الصحية، ولكنني لم أكن مقتنعًـــا بقناعتهم أن التركيز على العملاء قد أثر على جميع الأعمال التجارية. وبعد أن نقلت لهم إشـــادتي بشأن الموظفـــين الذين قابلتهم، ألقيت إلى الحضور بقنبلـــة. ففي حين لاحظت أن الموظفين كانوا سعداء وراضين عن وظائفهم-بناء الروابط الشخصية مع المنظمة والذي هو أسلوب أساسي لإشراك الموظفين – إلا أنني لم ألحظ مســـتوى مرتفعًا من إشراك العميل مع المنظمة بنفس المســـتوى. فعلى ســـبيل المثال، عندما خرجت من السلالم المتحركة في المطار، فبدلاً من رؤية سائق الليموزين منتظرًا وهو يحمل لافتة باسمي، اضطررت أنا للبحث عنه. كذلك وصفت كيف كان في غرفة ضيافتي العديد من المصابيح المحترقة وأن جهاز التحكم عن بعد الخاص بالتلفزيون لم يكن يعمل.

وطلبـــت من الحضور أن يتخيلوا أن الجميع في المنظمـــة يركز تمامًا على العملاء. حينها ســـيكون هناك تآزر في الإنتاجية: فسيكون لدى المنظمة موظفون راضون يؤدون وظائفهم بشـــكل جيد، وهؤلاء الموظفون ســـيعتنون دائمًا بالعميل. سائق ســـيارة ليموزين يعرف أن

يلتقيني عند نهاية السلالم المتحركة أقرب ما يمكن للبوابة. سيقوم موظف الإشراف الداخلي، الــذي وظيفته تنظيف الغرفة، والتحقق مــن مفاتيح الضوء بالتأكد من أن جميع المصابيح تعمل. وسيذهب جميع الموظفين بفكرهم خطوة واحدة أبعد مما يفعلونه حاليًا باتجاه ما هو مهم للعميل. هذا هو الفرق بين الرضا الوظيفي والارتباط الوظيفي.

هكــذا فإنه يمكنك القيام بعمل عظيم في رعاية موظفيك والاحتفاظ بهم راضين، ويمكن أن يؤدوا وظائفهم بشــكل جيــد، ولكن فكرة التوجه نحو العملاء هــو الشيء الذي يرتفع بالخدمة إلى المســتوى التالي. أنــا متأكد من أن بعض مديري مــيراج رأوا فيما قصصت أنه إخفاقٌ تامٌ في التشــغيل. ولكن مع انخراط العاملين واصطفافهم حول هدف مشترك، يمكن أن تعوض هذه الثقافة الإخفاقات التشغيلية.

في تلك الليلة دعاني رابورت لتناول العشــاء مع أحد كبار التنفيذيين في إم جي إم، ريني ويست، الرئيس والمدير التنفيذي للعمليات بفندق وكازينو إكسكاليبور Excalibur Hotel ومنشأة «لكسور» في لاس فيغاس Luxor las Vegas. أراد مرافقي أن يجربوا مطعمًا جديدًا هو ســيزارس بالاس لاس فيجاس Caesars Palace Las Vegas وهو منتجع منافس. التقينا في المطعم، وتبادلت مع ويســت النقاش عن حديثي، وأهمية المواءمة الثقافية، وفلســفة المرضى أولًا لدينا. لقد كنت متحمسًــا لمواصلة اختبار ردود الموظفين على سؤال، «لماذا أنت هنــا؟» لذلــك عندما عادت النادلة إلى الطاولة، ســألتها: «لماذا تعملين في ســيزارس؟» على الفــور، قالــت: «أنا هنا من أجلكم، أنتم الأشــخاص الأكثر أهمية في أعمالنــا، ونريد منكم أن تعــودوا إلينا مرة أخرى» كان ذلك كمن وضع ربــع دولار في الفتحة وأدار الماكينة وفاز بالجائزة الكبرى. في ســطر واحد، هذه النادلة، التي لم تكن لديها فكرة أنها تخدم ثلاثة من قادة أبرز منشآت القطاع، عبرت فورًا عن مفهوم التوجه الثقافي الذي يضع العميل في مركز مســؤولياتها، وكانت حقيقيةً «لحظة العملاء أولًا»، وتمكنت أن أرى من تعبيرات ويســت كيف أصابت بردة فعلها. لم نقدم للنادلة المزيد من التوضيح أو المناقشــة، وتابعنا العشاء. لقد كانت خدمتها ممتازة.

إن الحاجــة إلى التركيز على العملاء تتجاوز شركات خدمات المســتهلكين لتشــمل أيضًا مؤسسات التجارة وعملية التبادل بين مؤسسة وأخرى. وقد التقى «جون تي تشامبرز» رئيس مجلس الإدارة والرئيس التنفيذي لشركة سيســكو المحدودة للأنظمة، مبتكر التكنولوجيا ذو

الشــهرة العالمية مع فريقنا التنفيذي وشــاركَهم رؤيته الشخصية عن القيادة التي عبر عنها سابقًا عندما ظهر في سلسلة المحاضرات «أفكارنا من أجل الغد» في عام ٢٠١٢ (٩). يأتي جزء من نجاح سيسكو من خلال أنشطتها في الاندماج والاستحواذ. وعندما سألنا تشامبرز ما هي السمات الرئيسية التي يبحث عنها عند النظر في عملية الاستحواذ. أجاب أن عنصرًا حاسمًا هو التركيز المطلق على العملاء.

إن التركيز على العملاء هو عنصر أساسي للنجاح في أي صناعة. لا يهم ما إذا كنت تخدم المســتهلكين أو الشركات. ويعد ضمان تركيز مؤسســتك على العميل عنصرًا أساسيًا للنجاح في تحريك المنتج أو الخدمة في مواجهة المنافســين. يجب على المنظمات أن تضع عملائها في القلب من المنظمــة وأن تضمن الاصطفاف حولهم. يجب على الموظفين والمديرين والقادة أن يفهمــوا بوضوح أن العميل هو هدف المنظمة. كما قــال «هارلي مانينغ» نائب الرئيس ومديــر الأبحاث في «فورســتر للأبحاث»، الذي يقوم بخدمة الاحترافيــين في تجربة العملاء، «الزبائن لا يحتاجون إليك، أنت من تحتاج إليهم» و «الجميع يريد عملائك» (١٠).

«المرضى أولًا» منصةً مشتعلةً، وأولويةً إستراتيجيةً:

أصبحَ «المرضى أولًا»، بالإضافة إلى كونه توجهًا وهدفًا لعيادة كليفلاند، «منصة مشــتعلة» للتغيير. المنصة المشــتعلة هي كناية عن الشــعور بالحاجة الملحــة إلى تحفيز التغيير: فإذا ما وجدت نفسك على منصة للتنقيب عن النفط وهي تشتعل، فعليك أن تقفز وإلا ستموت (١١). ففــي مقالته التي تحظى بتقدير كبير « ثماني خطوات لقيادة التغيير» وضع أســتاذ جامعة هارفــارد للأعمال الدكتور جون بي كوتر، خلق الشــعور بالحاجة المُلحة للتغيير كأولى هذه الخطوات (١٢).

عندما بدأت كمدير تنفيذي لتجربة المريض، كانت تقييمات تجربة المريض لدينا فظيعة، كما تم قياســها من قبل مراكز تقييم مســتهلكي برنامج التأمــين الطبي للأسر والأفراد ذوي الدخل المحــدود (Medicaid) وبرنامج التأمين الطبي لكبار الســن (Medicare) لمقدمي وأنظمة الرعاية الصحية (HCAHPS)، وسجلت منظمتنا نتائج تقترب من القاع بين جميع المستشــفيات التــي قدمت تقاريرها في عام ٢٠٠٨. كيف يمكن لمستشــفى مصنف من بين

الأفضل في الولايات المتحدة مــن قبل تقرير أخبار الولايات المتحدة والعالم (US& World News Report) أن يكون من بين الأدنى أداءً فيما يتعلق بتجربة المريض؟ لقد كان ذلك غير متســق مع سمعتنا وعلامتنا التجارية، وهنا كانت الأدلة الاحصائية على أننا لم نضع المرضى أولًا، وهو ما قمنا باستغلاله لتسليط الضوء على المنصة المشتعلة.

ويمكن أيضًا اســتخدام المنصة المشتعلة لجعل المنظمة تذهب لما هو أبعد من المتوسط ، كــما في مركز جامعة رادبود الطبي (Radboud University Medical Center)، ذي الألف سرير والذي يقع على بعد حوالي ٧٥ ميلًا إلى الجنوب الشرقي من أمســتردام في هولندا. ففي عــام ٢٠٠٥، أغلقت الحكومة برنامج القلب في رادبود بســبب ضعف مؤشرات الجودة. لقد أتيحــت لي الفرصة للالتقاء مع رئيس مجلس إدارة رادبود «ملفين سامســوم»، و «لوســيان إنجلــين»، (REshape & Innovation Center) مديــر مركز الابتــكار وإعادة الصياغة [١٣]. فوفقًــا لسامســوم، الذي عُيِّنَ مديرًا طبيًا بعد الأزمة وأصبح لاحقًــا الرئيس التنفيذي، «لقد كانــت صدمة كبــيرة على النظام» فــإذا كان برنامج القلب ســيئاً للغايــة لدرجة اضطرت الحكومة لإغلاقه حماية للمرضى، فما مواطن الضعف الأخرى في المستشــفى؟ لقد أصبحت هذه الأزمة منصة رادبود المشــتعلة. «لقد كنا مصممين ليس فقط على إصلاح البرنامج، بل على أن نكون الأفضل». وقال سامســوم «الجودة هي طريق منحنى على شكل الجرس. كنا في أسفل أو إلى أقصى اليسار من المنحنى. وتقع معظم المنظمات في الوسط. أردنا استخدام هذه الأزمة كمنصة مشــتعلة لدينا لدفعنا إلى أعلى أو إلى أقصى اليمين من المنحنى» «لقد نجحــوا في ذلك، واليوم برنامج القلب في رادبود، فضــلاً عن العديد من البرامج الإكلينيكية الأخرى، يتم تصنيفها من بين الأفضل في هولندا. وأصر سامســوم على إغلاق برنامج القلب لقرع الطبول من أجل الإبقاء على التركيز على الجودة.

مــن المؤكــد أن إقفال خط خدمي مُهِمٍّ مثــل الرعاية القلبية في المركــز الطبي لجامعة رادبود يسترعي الانتباه. ولكن تحديد منصة مشتعلة وابتكار شعار جديد ليس وحده كافيًا لقيادة جهد مهم لتحســين الخدمة. ببســاطة إن ابتكار شعار جديد والتحدث عن شكاوى المــرضى يجعل الجهد في موضــع الخطر بأن يكون مجرد «نكهة للشــهر» مبادرات جديدة من هذا القبيل يمكن بســهولة أن تجرف إلى أســفل البساط لكونها غير مهمة أو غير فعالة،

وعندمـا تـم تقديم المـرضى أولًا في كليفلاند، أتصور أن بعض الموظفـين كانوا يتوقعون أن المبادرة الجديدة سـوف تختفي، وأنها سـوف تفقد القوة في نهاية المطاف وأن كوسغروف سوف ينساها، ولكن كوسغروف لم ينسها وكانت خطواته الأولى حاسمة لضمان نجاحها.

لم يكـن لدينا دليل للتحول التنظيمـي؛ لم يكن لدينا أي خطوات أو صفحات أخرى من الآليـات الموصوفـة جيدًا والجاهزة للنشر، إلا أن أحد الإجراءات التي اتخذها كوسـغروف في وقت مبكر هو وضع تحسـين تجربة المريض كأولوية إسـتراتيجية قصوى للمنظمة، لقد أدرك أن الشـعارات والخطابـات لا تغير وإذا كانت (المرضى أولًا) سـتنجح، فإنها يجب أن تظل على جدول أعمال كل قائد أو مدير. (المرضى أولًا) وتحسـين (تجربة المريض) وجدت هناك لتبقى. وضع المرضى أولًا كأولوية إسـتراتيجية يعني أنه سيكون هناك هدف تنظيمي لتحسـين تجارب المرضى، وسيتم وضع المعايير وإتاحتها، وسيتم مسـاءلة القادة والمديرين بناء عليها.

كانت واحدة من مسـؤولياتي الأساسـية كمدير تنفيذي لخدمات المرضى، ضمان وجود الكثير من البنزين لإبقاء النار مشـتعلة، بالاسـتمرار في إثارة موضوع أهمية المحافظة على التركيز على المريض كتوجه وغرض إسـتراتيجي لدينا. قد يَمَلُّ شركائي من سـماع ذلك، ولكن المرضى أولًا هي السبب في وجودنا، وأنا مصمم على إبقاء تلك الشعلة متقدة. اعتماد منصة المرضى أولًا أو العملاء أولًا هو موضع غير قابل للخسارة. في مجال الرعاية الصحية، فإنه من المستحيل أن تجادل ضد شيء أسس بنجاح ليكون حقًا للمرضى.

الريادة المبكرة لعيادة كليفلاند في تجربة المريض:

قـدم كوسـغروف «المرضى أولًا» ووضع هدفًا إسـتراتيجيًا لتحسـين تجربة المريض لعيـادة كليفلاند قبـل أن يصبح الموضوع رائجًـا لدى معظم المستشـفيات وقبل أن ترتفـع أهميته من خلال برنامج التأمين الطبي لكبار السـن للـشراء المبني على قيمة المستشـفى (Medicare Hospital Value-Based Purchasing Program). ومع تمرير قانـون (حماية المرضى ورعاية متاحـة للجميع) لعـام ٢٠١٠ (Patient Protection and Affordable Care Act)، يتعـين على المستشـفيات والأطباء إيلاء تحسـين تجربة المريض

اهتمامهم وإلا سيتعرضون للعقوبات المالية المرتبطة بالمطالبات والسمعة المتضررة. ولكن هل ينبغي لنا أن نحتاج إلى رفع «العصيَ» لدفع المستشفيات إلى أن تكون أكثر اهتمامًا بالتركيز على المريض؟ لقد بدأت عيادة كليفلاند هذا لأنه كان الشيء الصحيح الذي يجب القيام به، ولكن بصراحة تامة، كنا بحاجة إلى القيام بذلك لأنه ستكون هناك مخاطرة بسمعتنا إذا ما اعتقد المرضى أن هناك ارتباطًا بين كيفية التعامل معهم كأفراد ونظرتهم إلى جودة الرعاية.

قد يعتقد المرء أن المستشفيات تجعل أولويتها دائمًا المرضى وتضعهم في محور اهتمامها، إلا أنهم في الواقع لا يصوغون إستراتيجياتهم في المستشفيات بهذه الطريقة. فالمستشفيات تعمل في مجال العناية بالمرضى. وهذا هو أهم ما تفعله. إن العملاء في الرعاية الصحية يدخلون النظام ليس كمستهلكين بالتعريف التقليدي للكلمة، ولكن كمرضى. والمريض هو شخص معتل يحتاج إلى الرعاية الطبية. والمرضى قلقون، حائرون، ممتلئون خوفًا ولديهم قصور معلوماتي شديد حول حالتهم وما يمكنهم أن يتوقعوه أثناء الرعاية. لذلك فأيًّا كان الذي يأتي بهم إلى المستشفى فهو يستدعي الاهتمام. فالمرضى لا يريدون أن يكونوا في المستشفى، ونحن لدينا التزام بمعالجتهم بأفضل الأساليب الممكنة.

ولكي نصوغ ذلك من منظور إدارة الأعمال، فإننا أيضًا نحتاج إلى المرضى لنكون ناجحين. فالمرضى لديهم حرية الاختيار، ويجب أن نكون شاكرين لاختيارهم لنا. بأن يكون لدينا التزام بضمان تركيز أهدافنا حولهم بحيث يكون المريض في ذهن كل موظف أو مقدم للرعاية وأن نضمن أن جميع الخدمات والمخرجات تغطي احتياجات المريض.

عندما أصبحت مديرًا تنفيذيًا، قلت إن هدف عيادة كليفلاند هو أن تصبح الرائدة عالميًّا في تجربة المريض. لقد استخدمت كلمة تصبح على وجه التحديد لأنني كنت أعرف أنها ليست وجهة، ولكنها رحلة ينبغي أن نستمر عليها دائمًا. في عام ٢٠١٣ استخدمت الأساليب التي كنت قد استخدمتها أثناء مراقبة ديزني وميراج في مستشفى الحرم الجامعي الرئيسي لدينا في كليفلاند. فسألت عشوائياً عشرة من الموظفين، «لماذا أنت هنا؟» وقد أعطى ثمانية منهم إجابة تتعلق بفلسفتنا المرضى أولًا. هذا يعني المعدل "B"، مما يدل على أننا أعلى قليلًا من المتوسط، وما زال لدينا الكثير من العمل للقيام به.

لقد وجهت عيادة كليفلاند موارد كبيرة نحو فهم كيفية تقديم أفضل تجربة رعاية

صحية للمرضى على وجه الإطلاق. في نهاية المطاف. هذا ما يتحتم علينا ليس فقط لأنه هو الشيء الصحيح الذي يجب أن نفعله ولكن لأنه محدد لنجاح صناعتنا وعلامتنا التجارية. أن نصنف بين مقدمي الرعاية المتخصصة الأعلى تقييمًا، بما في ذلك كوننا مركز القلب الأول في العالم، ذلك يحمل معه مسؤولية تقديم تجربة مريض استثنائية.

وقد كان أحد أهم إنجازاتنا التي تحققت هو التعريف بمفهوم «المرضى أولًا» واصطفاف الموظفين حوله. وعلى المنظمات التي ترغب في التغيير وبدء برنامج تحول يتمحور حول العميل سواء كانت من منظمات الرعاية الصحية -أو من غيرها التي تعمل في أنشطة أخرى-أن تبدأ بهذه الخطوات:

١. اجعل عميلك هو الاتجاه الصحيح للمنظمة. بأن تساعد موظفيك على تفهم أنهم موجودون لخدمة العملاء، وأن الإستراتيجية التنظيمية والعمليات التشغيلية يجب أن تدعم ذلك.

٢. حدد الغرض الخاص بك، وقم بإيصاله إلى الجميع ببساطة كغرض من وجود المنظمة. وجود رسالة للمنظمة هو أمر مهم، ولكن الموظفين في كثير من الأحيان لا يتذكرونها أو لا يعرفون حقاً ما تعنيه. إن وجود غرض مختصر سيسمح لك بتوضيح أكثر جلاءً لما تفعله مؤسستك. وسوف يذكِّر موظفيك أيضًا بذلك.

٣. عليك بإشعال المنصة وصب الوقود عليها. فإن منظمات الرعاية الصحية لا تقدم عادة تجربة ممتازة. استخدم بيانات مؤسستك وأطلعهم على قصص المرضى هذا سيجذب انتباه الناس إلى هذه المشكلة. وذكر الموظفين باستمرار لماذا يأتون للعمل وما الذي تقوم به المنظمة، إن ذلك سوف يساعد على الحفاظ على التركيز على العملاء.

٤. اجعل من تحسين تجربة العملاء أولوية إستراتيجية قصوى. ببساطة فإن تحديد الغرض لن يحسن وحده المنظمة؛ بل يجب أن يحتل الأولوية في عقل جميع القادة والمديرين. وتأكد من أنه يقود إستراتيجية المنظمة.

الفصل الثالث
القيادة من أجل التغيير

الفصل الثالث

القيادة من أجل التغيير

لقد حققت عيادة كليفلاند تطورات كبيرة حينما خاضت تجربة المريض، ليس لأن هناك مديرًا تنفيذيًّا لتجربةِ المرضى أو لوجودِ مكتب لتجربة المريض، ولكن لأن رئيســنا والرئيس التنفيذي تبنى تجربة المريض كمبادرة إستراتيجية. حدث نجاحنا في التحول لأن أكبر شخص في المنظمة قاد الطريق للتغيير.

عندما أتعامل مع كبار القادة في المستشــفيات والذين يتحملون مسؤولية إدارة تجربة المريــض، غالبًــا ما أجــد أن مديريهم التنفيذيين يقومــون بالقليل حيال القيــادة أو قيادة الآخرين نحو ذلك. يقول بعضهم لي إن الرئيس التنفيذي يقول في بعض الأحيان إنها مهمة، ولكنه لا يسائل أحدًا عن ذلك التحسين في تجربة المريض. ويؤكد هذا المسح الإحصائي الذي قامت به وكالة إعلام قياديي الصحة (Health Leaders Media) حيث وجد أن ٤٨ ٪ من قادة المستشــفيات يعتقدون أن تجربة المريض هي أولوية إستراتيجية قصوى[١]، لكن فقط ١٥٪ منهم هو من وجد أن الرئيس التنفيذي هو من امتلك زمام المبادرة[٢]. وكان في الغالب ينظر إلى تحســين تجربة المرضى على أنه «شيء آخر علينا القيام به». وينزلون به إلى مرتبة أقل من مسؤوليتهم عن التمريض أو الجودة أو تشغيل المستشفى.

إن التفــاوت بين ما يقوله كبار القادة حــول تجربة المريض وتواجده تنظيميًا على أرض الواقع هو الســبب الرئيس لعدم وجود قوة دفع كافية لإحداث تغيير جوهري. في الرعاية الصحية تحســين تجربة المريض يشــمل كل شيء، وهو يتطلب من كل شــخص وكل عملية الاصطفــاف حول المريض، ولا يمكن لأي شــخص في المنظمة أن يحقق ذلــك منفردًا إلا إذا كان أعلى شخص في المنظمة يقودُ هذه المسؤولية، لأنَّ كلَّ ما تتضمنه تجربة المريض يكون بطبيعته شاملًا، لذلك فإن القيادة العليا هي من يمكنها فقط إحداث التأثير الفعال على هذا النطاق الواســع. فمن بين كل المنظمات الصحية يمكنك في المنظمات التي تولى فيها الرئيس التنفيــذي زمام تجربة المريض، بما في ذلك عيادة كليفلانــد، المركز الطبي الوطني للأطفال،

هيوســتن ميثوديســت (Houston Methodist)، والنظام الصحي لجامعة كاليفورنيا لوس أنجلوس (UCLA Health System)؛ يمكنك التعرف بسرعة على تأثير القيادة العليا.

ولخــوض جهــود عيادة كليفلاند لتحســين تجربة المريض، فقد قام كوســغروف بوضع الإســتراتيجية الأساســية، ثم قام بنفســه بإدارة التغيير. وفي غضون عامين من توليه منصب الرئيس التنفيذي، أطلق مجموعة متنوعة من المبادرات الرئيســية للمســاعدة في تحســين الرعاية المرتكزة على المريض. نذكر بعضًا منها على سبيل الإيضاح:

نموذج المَعاهِد الطبية لتقديم الرعاية الصحية:

على سبيل المثال، أصبحت عيادة كليفلاند أول نظام للرعاية الصحية في الولايات المتحدة يقوم بتغيير طريقة تنظيم الممارســة الطبية. حيث يتمحور الطب الأكاديمي التقليدي حول الأقســام الرئيسية، مثل قسم الجراحة أو قسم الباطنية. وكانت جميع التخصصات الفرعية المتعلقة بالجراحة أو الباطنة تندرج ضمن هذه الأقسام.

وعلى الرغــم من أن الجراحين والأخصائيين الباطنيــين في العديد من خطوط الخدمات الرئيســية، مثل أمــراض القلب والجهاز الهضمي، كانوا بالفعــل جيدين جدًّا في العمل معًا بشــكل وثيق، حيث تأسســت عيادة كليفلاند على نموذج من الأطبــاء الذين يعملون معًا كوحــدة واحدة. فقد رأى كوســغروف بقوة أن إضفاء الطابع الرســمي على هذا النموذج ودمجه في المنظمة في جميع التخصصات من شــأنه أن يعزز من رعاية المرضى إلى حد كبير. وهكذا نشــأ لدينا النموذج الأصلي للمعهد. فأعيد تنظيم المؤسســة بأكملها حول المعاهد الجديدة، في إعادة هيكلة ضخمة لكيفية تقديم الرعاية وكيفية تفاعل المرضى مع النظام.

لم تعــد هناك أقســام للطــب أو الجراحة. بل هنــاك معاهد نظمت بنظــام الأمراض والأجهــزة. مثال ذلــك (The Sydell and Arnold Miller Family Heart & Vascular Institute) معهد عائلة ميلر سيديل وأرنولد للقلب والأوعية الدموية والذي يشمل جميع التخصصات الطبية والجراحية اللازمة لعلاج أي حالة قلب أو أوعية دموية. حيث يتم وضع الأطبــاء والخدمات معاً بحيث لا يضطر المــرضى للذهاب إلى مواقع متعددة. وهناك فريق قيادة مشــترك لكل معهد يتكون من رئيس وهو طبيب إكلينيكي، ومدير تمريض، وخبير في

العمليــات الإدارية. وكانت الفكرة هي إعادة تشــكيل تقديــم الرعاية الصحية لكي تتمركز حول المريض.

المبادرة الشاملة لصحة الموظفين:

قدم كوســغروف أفــكارًا مهمةً أخرى ولكن أقل دراماتيكيــة أيضًا. في عام ٢٠٠٥، حيث أســس المبــادرة الشــاملة لصحة الموظفين وعــين الدكتور مايــكل رويــزن، كأول مدير له. كوســغروف كان دومًا منزعجًا لأن ملابس المستشــفى تنتقص من كرامة المريض وعزم على تغيير ذلك. حيث أشرك ديان فون فورســتنبرغ، مصمم الفســاتين الأسطوري، لتصميم ثوب جديــد للمريــض، والذي ظهر لأول مرة في عام ٢٠١٠ بعد ســنوات مــن البحث والتطوير وأصبح مشهورًا. واقتناعًا منه بأن الفن يمكن أن يكون علاجًا للمرضى وأسرهم، في عام ٢٠٠٤، أنشأ معهد الفنون والطب وقام بتعيين الطبيبة، إيفا فاتوريني، لرئاسته.

في حين كان كوسغروف يفعل الكثير لتحسين تجربة المريض، كان من غير الواضح ما إذا كانت جهوده لها أي أثر. واستمر مستوى تجربة المريض نسبيًا على ما هو عليه، واستمر في تلقي الحكايات السلبية عن تجربة المريض.

وكان أحد أهم المحفزات التي عززت قناعات كوســغروف ودفعته إلى مضاعفة جهوده في عــام ٢٠٠٦، عندما تمت دعوته للتحــدث إلى طلاب كلية إدارة الأعمال بجامعة هارفارد، والذين كانوا يقومون بدراسة حالة حول نموذج الرعاية الذي تقدمه عيادة كليفلاند. في ختام تصريحات كوسغروف، رفعت الطالبة كارا ميدوف بارنيت يدها قائلة: «دكتور كوسغروف، كان والــدي بحاجــة إلى جراحة في الصمام الميترالي، وكنا نعلم عــن عيادة كليفلاند والنتائج الممتازة لديك إلا أننا قررنا عدم الذهاب إلى هناك لأننا سمعنا أنه ليس لديكم أي تعاطف. ذهبنا إلى مستشفى آخر بدلًا من ذلك، على الرغم من أنه لم يكن في نفس تصنيفكم المرتفع. دكتور كوسغروف، هل تُعلِّمون التعاطف في عيادة كليفلاند؟ [٣]

بالعودة إلى ذلك، كوســغروف لم يكن لديه خيار ســوى الاعــتراف بالحقيقة، أن عيادة كليفلانــد لم تعلّم أطباءهــا التعاطف. من خلال قصة واقعيــة، نجحت ميدوف بارنيت في تقديم نموذج حول العائد المالي على الاستثمار في تجربة المريض وبرهنت على أهمية التميز في تجربة المرضى.

ولأن مـا يقرب من نصف عمل عيـادة كليفلاند في القلب يأتي من خارج منطقة الخدمة، وبدراسـة الخصائص الديموغرافية لهؤلاء المرضى، كان من الواضح أنه كان لديهم الخيار؛ كان بإمكانهـم الذهاب إلى أي مكان يرغبون فيه للحصول عـلى الرعاية، وقد عرف والد الطالبة، وهـو طبيب أيضًا، بأنه من وجهة نظر الجودة، فسـوف يكون على ما يرام في أي من المراكز الطبية التي تحتل القمة في الولايات المتحدة [٤] ولكن كان هو وعائلته أكثر قلقًا بشأن كيفية التعامل معهم كأشخاص، وليس فقط كمرضى، ففاضلت الأسرة بناء على معيار تجربة المريض، وليس بناء على معيار سمعة الجودة، وبسبب ذلك، فقدت عيادة كليفلاند هذا المريض.

واقعة أخرى مثيرة حدثت بعد ذلك بعشرة أيام، عندما حضر كوسـغروف تدشين مدينة الملك سـعود الطبيـة بالرياض بالمملكة العربية السـعودية، حيث كان رئيس المستشـفى يتطرق إلى ما سيقدمه المركز الطبي الجديد للمملكة وأهمية الاعتناء بالاحتياجات العاطفية والروحيـة للمرضى والعائلات، فضـلاً عن احتياجاتهم الطبية. واسـتطرد المتحدث قائلًا إن توفير الرعاية الطبية لا يكاد يكفي؛ يجب أن يكون هناك تركيز على الحالة الإنسانية. لاحظ كوسـغروف أن الملك وأفراداً من الحضور كانوا متأثرين. وفي ذلك الوقت تحرك كوسغروف من تأثير هذه الكلمات وبدأ يدرك أنه يفتقد شيئًا ما. لقد احتاج أن يبذل المزيدَ من الجهد وأن يستثمر المزيد كقائد صحي.

مدير تنفيذي لقيادة وإدارة العمليات:

أدرك كوسـغروف أنه كرئيس تنفيذي؛ وإن كان استمراره في المشاركة وإيصال الرسائل عـن أهمية تجربة المريض يعد أمرًا حاسـمًا، أن منظمة كبيرة مثل عيـادة كليفلاند كانت تحتاج إلى مدير لإدارة العمليات اليومية لتجربة المريض. وهذا من شأنه أن يضمن أن تلقى تجربة المريض التركيز والاهتمام المناسب من جميع أصحاب المصلحة الرئيسيين، مشمولاً في ذلـك الأطباء والممرضون والموظفون في جميع العمليات وأن يقوم هذا المدير برفع التقارير إلى كوسغروف عن جميع العمليات، وأدرك أن هذا الشخص لابد أن يكون طبيبًا.

كان هـذا منعطفًا مهمًّا في جهود عيادة كليفلاند لتحسـين تجربـة المريض. وبينما قاد الرئيـس التنفيـذي هذه المبادرة، أصبح تعيين مدير تنفيذي مسـتقل مسـؤول عن تجربة المريض أمرًا مهمًّا لضمان التنفيذ الناجح والمتسق.

إنَّ العديد من المنظمات الخدمية لديها شخص ما، مثل كبير موظفي خدمة العملاء، يكون مسؤولًا عن إدارة تجربة العملاء، وفي حين أن هذا المنصب ليس جديدًا على قطاع الصناعة، إلا أنه جديد على الرعاية الصحية. نشرت فورستر بحثا لتقييم دور كبار المسؤولين التنفيذيين الذين يقودون خدمة العملاء. (٥) وباستعراض ١٥٥ منظمة في العديد من الصناعات، وجد «فورستر» أن هؤلاء القادة يجلسون ضمن الفريق التنفيذي للشركة وأن أكثر من نصفهم تابعون مباشرة إلى الرئيس التنفيذي. الكثير منهم قد يكون لديهم عدد قليل من الموظفين وميزانية محدودة، ولكن بسبب المنظور الإستراتيجي والارتباط التنظيمي، فهؤلاء المديرون التنفيذيون لهم تأثير على كامل المنظمة وعلى مواردها الضخمة، بعضهم يقتصر منصبه على الجانب الاستشاري بدون الجوانب التشغيلية، في حين أن البعض الآخر لديهم تشغيل ضخم والآلاف من الأشخاص يعملون تحتهم.

غالبًا ما يكون لدى المستشفيات العديد من الأشخاص الذين يديرون أجزاء من عملية تجربة المرضى، إلا أن مدى اقترابهم من القيادة العليا غير واضح في كثير من الأحيان، مما يجعل من الصعب تحقيق التحسن المرجو. نشرت مجلة قادة الصحة (Health Leaders Magazine) (٦) مقابلة مع أربعة أفراد يعملون في قيادة وإدارة تجربة المريض. وقد سعت هذه المقالة إلى الحصول على رؤى حول سبب عدم تمكن الرعاية الصحية من تحريك هذه المبادرة المهمة بذلك القدر من السرعة والنجاح الذي يراه القادة ضروريًا. وشملت المقابلات أربعَ وظائف مختلفة: مدير خدمات المرضى الداخليين (المنومين)، ورئيس التمريض، ومدير الجودة وإدارة المخاطر، ومدير العمليات. ويساعد تنوع هذه الأدوار وارتباطها التنظيمي، ووجودها في بعض الحالات على بعد عدة خطوات من الرئيس التنفيذي أو القيادة العليا، على توضيح التحديات التي تواجه تبني منهج موحد لإدارة إستراتيجية تجربة المرضى. كان كل شخص على دراية ولديه الحماس والالتزام، وقدم كل منهم منظورًا مختلفًا بعض الشيء عن التحديات في تحسين تجربة المريض.

قرر كوسغروف استحداث منصب جديد في جناح المديرين التنفيذيين هو المدير التنفيذي لتجربة المريض. وكان قد قرأ مقال «المدير التنفيذي الجديد -مدير تجربة المريض» (٧)، الذي ناقش كيف يمكن لهذا الدور أن يؤثر على منظمات الرعاية الصحية. وسيكون منصب المدير التنفيذي الجديد تابعًا له ومسؤولًا عن الإدارة التنفيذية اليومية للإستراتيجية.

أصبحـــت «بريدجيـــت دافي» (Bridget Duffy) هي أول مدير تنفيذي لتجربة المريض في عيـــادة كليفلانـــد، أول منصب من نوعـــه في منظمة كبرى للرعايـــة الصحية في الولايات المتحدة. كانت دافي ملائمة تمامًا. كانت طبيبة وتقوم بعمل مشابه في شركة ميدترونك. كانت دافي رائـــدةً في هذا المجال الجديد، وكانت متحمســـة لتجربـــة المريض وتمتلك رؤية لتعزيز إستراتيجية عيادة كليفلاند.

بدأ دور المدير التنفيذي كوظيفة استشـــارية، وأصبحت دافي عاملًا مهمًا في التغيير. كما قامت بعد ذلك بتطوير البنية التحتية اللازمة لدفع التغيير التنظيمي. وبدأت تبعث برسائل أفضل حول تجربة المريض وساعدت الناس في جميع أنحاء المنظمة على فهم ما هي تجربة المريض ولماذا تعد أمرًا مهمًّا. وأنشأت مكتب تجربة المريض، وبدعم من كوسغروف قامت بتجميع ما رأوه مناســـبًا من موارد لإنجاحه. وســـاعدت أيضًا على الارتقاء بالعلامة التجارية لعيـــادة كليفلاند في هذا المجال، كما أن الأخبار عن جدية كوســـغروف في تحســـين القيادة أصبح أكثر شهرة على الصعيد الوطني.

كان أول لقاء لي بدافي بعد فترة وجيزة من انتقالي للممارســـة في عيادة كليفلاند في عام ٢٠٠٩. لقد انبهرت بشـــغفها ووضـــوح أفكارها حول أهمية تجربة المريض. شـــاركت معها قصـــة والدي، فتعاطفت معها على الفور، وقامت بإيضاح التحديات التي احتاجت المنظمة أن تتغلـــب عليها حتى تتحرك نحو المزيد مـــن التركيز على المريض. أتذكر أنني خرجت من مكتبها وأنا أعلم أنني اتخذت القرار الصحيح بالعودة إلى عيادة كليفلاند.

أمضـــت دافي مدة عامـــين في عملها مديـــرًا تنفيذيًّا لتجربة المريض قبـــل أن تتخذ قرارًا بالعودة إلى كاليفورنيا، بعد بضعة أشـــهر فقط من عودتي لعيادة كليفلاند. بالرغم من ذلك فقد نجحت في إدخال مفهوم تجربة المريض في المنظمة، ورفعت من مستوى أهميتها لدى الجميع، وقامت بالتوسع في البنية التحتية، إلا أنها في تلك الفترة كانت تتحمل عبئًا في تنفيذ الإســـتراتيجية، ويرجع ذلك جزئيًا إلى ثقافة عيادة كليفلاند التي كانت تعوقها. فعلى الرغم من كونها طبيبة، إلا أنه كان ينظر إليها من قبل الطاقم الطبي على أنها من خارج المنظمة لأنهـــا لم تمارس الطـــب في بيئة عيادة كليفلاند. وقد واجهت صعوبـــة في تغيير هذه النظرة نحوها. إلا أنها لاتزال تحظى بدرجة عالية من التقدير والاحترام كأحد قادة الفكر في مجال تجربة المريض.

بعد رحيل دافي، قرر كوسـغروف البحث عن المرشـحين الداخليين لشغل وظيفة المدير التنفيـذي لتجربـة المريض. أراد أن يجد طبيب ممارسًـا «قادمًا من نفـس الثقافة» ليقود ذلك. حيث يدرك أن الأطباء سيكونون المجموعة الأصعب في قبول التغيير وكان يريد طبيبًا إكلينيكيًا لقيادتهم.

بعـد وقت قصير مـن تولي منصب المدير التنفيذي، أدركـت بسرعة الواقع على الأرض. حيـث كان المد والجـزر الثقافي للمنظمة قويًـا وغير موحد الاتجاه. عرفـت أنه لن يكون هناك شـهر عسل. كانت دافي قد بعثت برسـالة التغيير، لكننا الآن نحتاج إلى معرفة كيفية التنفيـذ. التقيت مع أحد قدامى الجراحـين المحترمين في الولاية قال لي إن الكثير من الناس يعتقدون أن تجربة المريض كانت مجرد كلام ولم يشـعر أحد حقًا أن كوسغروف كان جديًا أو ملتزمًا بتغيير الثقافة بعد أربع سنوات من بدء البرنامج. كما حذر من أن تجربة المريض لن تتحسـن فقط من تلقاء نفسـها. وقال «إن حديث كوسـغروف عن ذلك، ووجود مدير تنفيذي لتجربة المريض وحده فقط لا يعني أن أحدًا يولي ذلك اهتمامًا»، كانت وجهة نظره أنه من المهم إشراك موظفي التمريض والأطباء في الخطوط الأمامية لكي نصنع فارقًا حقيقيًا.

وهـذا ما أثاره الكثير من الأطباء، فعمليًا كان جميع القادة الإداريين الذين التقيت بهم وراء هذه الإسـتراتيجية بنسـبة ١٠٠ ٪، وكل طبيب تكلمت معه تقريبًا تسـاءل عما تعنيه وكيف يمكن أن تكون ناجحة، وهذا لا يعني أن الأطباء كانوا ضدها؛ بل يدل على أن الأطباء كانوا يعطوننا إجابة أكثر صراحة، لقد عرفت أن تجربة المريض ستتحسن فقط عندما يعترف قادتنـا بأهميتها ويقودوا التغيير، ليس لأن لدي لقبًا مثيرًا للإعجاب أو لأنني وكوسـغروف نخبرهم أن تجربة المريض مهمة. لقد قررت أن تنفيذ تجربة المريض يحتاج إلى الذهاب إلى ما تحت الأرض. التغيير يجب أن يأتي من القاعدة إلى القمة، وليس من القمة إلى القاعدة.

بعد فترة وجيزة من حصولي على الوظيفة، قال كوسـغروف: «إذن ستكون مسؤولًا عن تجربـة المريض»: ضحكـت وأجبت: «إذا كنت تريد مني أن أكون مسـؤولًا عن ذلك، فقد اخترت الشـخص الخطأ، لأن الواقع هو أن كلنا مسـؤولون عن ذلك» حيث يجب أن تحدد الأولويات الإسـتراتيجية الرئيسـية لأي منظمة من قبل كبار قياداتها ويتم تفعيلها من قبل الآخريـن، تتطلب إدارة التغيير الفعالة أن يكون لكل القادة والمديرين والموظفين في جميع

أنحاء المنظمة نصيبهم من المبادرة. إذا لم يكن جميع القادة في المنظمة «يدركون» أن تجربة المريض مهمة وأنهم بحاجة إلى أن يكونوا جزءًا من إصلاحها، فلن يكون هناك أي سبيل للنجاح.

كان لي حوار بخصوص ذلك مع الدكتور مارك بوم (Marc Boom)، الرئيس والمدير التنفيذي لشركة هيوستن ميثوديست (Houston Methodist)، عندما أجريت معه مقابلة حول القيادة في تجربة المريض في مقال لرابطة تجربة المريض [٨]. كان يرى أن من يعتلي قمة المنظمة هو من يتوجب عليه قيادة تجربة المريض، لأنه بغير ذلك لن تنجح المنظمات، ولكنه يقر بأنها من مسؤولية الجميع المساهمة لضمان أن تصبح تجربة المريض حقيقة واقعة.

واحدة من سمات كوسغروف القيادية التي ساعدت حقًّا في بداية نجاحنا في تجربة المريض هو قدرته على التفكير على مستوى إستراتيجي عال جدًا والتحول للمستوى التنفيذي إذا ما استدعت الضرورة ذلك، وهكذا يجب أن يكون القادة من أصحاب الرؤية والذين يقودون الابتكار، وبنفس الدرجة من الأهمية أن يكون لديهم القدرة على الدخول في التفاصيل، إن التغيير التحويلي يحدث متى ما كان القادة بإمكانهم الدخول في التفاصيل عند الحاجة والبدء في إشعال جذوة العمليات اللازمة لدعم التغيير وهذا يساعد على تفعيل مبادرات التغيير وتطبيقها على الأرض في الخطوط الأمامية.

وهكذا فقد كانت بعض الأساليب المبكرة التي قمنا بنشرها هي من أفكار كوسغروف. كقائد لمركز القلب، كان مكلفا بتعزيز مجموعة من الممارسات الطبية في تخصص القلب في جميع أنحاء شمال شرق ولاية أوهايو. وكان من أولى تحركاته نشر برنامج معلن عن بيانات الأداء الخاصة بكل برنامج وكل طبيب. كان يعتقد – اعتقادًا صحيحًا-أن إيصال هذه البيانات إلى جميع الأطباء من شأنه أن يساعد على دفع التحسين، حيث لا يريد أحد أن يكون في أسفل القائمة. لذلك كان أحد المشاريع الأخرى المبكرة لتحسين تجربة المرضى التي بدأها كوسغروف هو القيام بتصنيف عشرات الأطباء ونشر نتائجهم. حيث علل ذلك بأن الأطباء كانوا بحاجة إلى معرفة كيفية الحكم عليهم وما يقوله المرضى عنهم.

أيضًا اتخذ كوسغروف بشكل متكرر قرارات مهمة للمرضى وإن لم تكن محببة جدا داخليًا. حيث كشفت بيانات التسويق والشكاوى أن المرضى غالبًا ما ينظرون إلى عيادة

كليفلاند كمكان يصعب الوصول إليه. على سبيل المثال علق أحد المرضى قائلاً: «لا تستقبل عيادة كليفلاند سوى أناس أغنياء أو حكام من دول عربية»، رأى كوسغروف أن هذا التصور الخاطــئ يجب أن يتم القضاء عليــه، وفي عام ٢٠١٠، قررت عيادة كليفلاند أن تقوم بعرض المواعيد في نفس اليوم، فعند اتصال أي مريض بعيادة كليفلاند يعرض عليه أن تتم معاينته في نفــس اليوم من قبل أحد الممارســين العامين أو الأخصائيين، وقد قمنا بحملة تســويقية كــبرى عنوانها «قوة اليوم: حيث تــم عمل إعلانات تلفزيونية وإذاعيــة ومطبوعات نصها «اتصل اليوم كي تحصل على موعد اليوم».

كان قــرارًا لم يحظَ بشــعبية، ولم يدعمه الطاقم الطبي بشــكل عــام. وكان العديد من الأطبــاء غير راضــين وأعربوا عن مخاوفهم. وأدى عرض المواعيــد في نفس اليوم إلى إحداث بعض الاختناقات في جدول المواعيد وسرعان ما كشف عن بعض المجالات التي كانت تفتقر القدرة على اســتيعاب ذلك، مثلًا قســم الجلدية. تخيل عدد الآباء الذين يتصلون للحصول على موعد في تخصص الأمراض الجلدية لدى الأطفال في شــهر يونيو مباشرة بعد الفراغ من المدرسة وبعد أن فتحت المسابح العامة أبوابها: أصبح تقديم موعد في نفس اليوم لكل والد تحديًــا ولم يحقــق تماماً النجاح الذي أردناه. ومع ذلــك، في مقابل كل مريض لم نتمكن من استيعابه من حالات الطفح الجلدي، كانت هناك قصص نجاح لا تصدق، وعلى سبيل المثال؛ اتصلــت امرأةٌ شــابةٌ مصابةٌ بنزيف المســتقيم؛ للحصول على موعــدٍ في نفس اليوم، حيث كانت بحاجةٍ إلى أن تُفْحَصَ من قِبل الطبيب. اتصلت لكي تحصل على موعد في نفسَ اليوم، وفي غضون ٢٤ ســاعة، أجري لها منظار القولون وتم من خلاله تشــخيص إصابتها بسرطان القولــون. وبعد معاينتهــا من قبل جراح القولون والمســتقيم، وُضِعَتْ خطة الرعاية لعلاج السرطان لديها في نفس ذلك اليوم.

وكان الحصــول على الخدمة في نفس اليوم ســبقًا في الرعاية الصحيــة. وبقدر ما يمكننا القول، لم يكن هناك أي مستشــفى مرجعي آخر يقدم الرعاية الصحية من المستوى الثالث في الولايات المتحدة تحلى بالجرأة لتنفيذ برنامج مماثل. قفز عدد مواعيد المرضى الجدد ٢٠ في المئة في الســنة الأولى، وتســجل الآن عيادة كليفلاند ما يقرب من مليون موعد في نفس اليوم سنويًا. ونلبي ما نسبته ٩٦ في المئة من طلبات المواعيد في نفس اليوم.

إن البعض ينتقد الرؤساء التنفيذيين مثل كوسغروف لكونهم يتدخلون أكثر من اللازم في التفاصيل. كنا نُعَيِّرُهُ أحيانًا بسبب سؤاله خلال أحد اجتماعات اللجنة التنفيذية عن كمية الملح المستخدمة في إذابة الثلوج التي تكسو الطرقات خلال فصل الشتاء. ولكننا نقولها على سبيل المجاملة، وليس انتقادًا. فلقد كانت العديد من نجاحاتنا المبكرة نتيجة لمشاركته المباشرة. إن فهمه العميق للتشغيل في المستشفيات، إلى جانب رؤيته للرعاية الصحية، ساعد على جعل جهود التغيير لدينا عملية وناجحة.

الدكتور ديفيد تي. فينبرغ، الرئيس والمدير التنفيذي لنظام مستشفى جامعة كاليفورنيا لوس أنجلوس، لا يختلف كثيرًا عن كوسغروف في هذا الصدد. فمن أجل المساعدة في مواجهة مشكلة قرح الفراش، طلب فينبرغ أن يُبْلَّغَ شخصيًا حال وقوع أي حالة في أي وقت من النهار أو الليل. ويقول: «أريد أن أعرف إذا ما لحق بالمرضى أذى – فهذا أمر غير مقبول» [٩]. على النقيض من ذلك المنظمات الأخرى التي لا يشارك فيها الرئيس التنفيذي ولا تساير أفعال كبار القادة فيها أقوالهم بشأن تجربة المريض.

ساعدت قرارات كوسغروف ودعمه الثابت للتنفيذ بشكل شامل على ترسيخ فلسفة المرضى أولًا في ثقافة عيادة كليفلاند. أظهرت قيادته أننا لم نكن فقط نتحدث عن تحسين تجربة المريض ولكننا كنا جادين ومستعدين لاتخاذ قرارات صعبة لعمل تغيير كبير في ممارساتنا الطبية. مشاهدة كوسغروف يخوض غمار المشكلات أثبت التزامه ودفع المنظمة نحو التفكير في التغيير.

ولا يتحتم على القادة فقط أن يكونوا أصحاب رؤية ولكن يجب عليهم أيضًا امتلاك القدرة على التنفيذ، والقدرة على الانتقال الفوري من المنظور الإستراتيجي بارتفاع ٥٠,٠٠٠ قدم إلى المنظور التنفيذي على ارتفاع ٥ أقدام على الفور. تلك الموهبة ليست الإدارة المصغرة ولكنها تدعى المعرفة بمنظمتك.

ويدرك كوسغروف أيضًا متى يتطلب الأمر نهج «التعاون» ومتى يتطلب نهج «القيادة والتحكم». إن الانتقال من نموذج القسم الأكاديمي القديم إلى بنية المعاهد الجديدة كان ابتكارًا جامحًا في الرعاية الصحية، وكان يعرف أن ذلك يتطلب التعاون مع القيادات الطبية. وعلى الرغم من ذلك، بالنسبة لبرنامج «المواعيد في نفس اليوم»، فعندما ارتأى أهميته بالنسبة للمرضى، ولذلك استغل سلطته كمدير تنفيذي في فرضه على الجميع.

المسؤولية عن التغيير هي في كل المستويات:

كانـــت أكثر خطواتنـــا نجاحًا هي مواءمـــة المنظمة حول المـــرضى أولاً. وكانت ثاني أكثر الخطوات نجاحًا هي جعل الناس يشعرون أنهم مسؤولون عن قيادة هذا التغيير. كما فعلها كوسغروف لعيادة كليفلاند بشكل عام، فإن أطباءنا قد فعلوها في أكثر من اثني عشر معهدًا لدينا. رؤســاء المعاهــد لدينا هم قادة في مجالاتهم ويفهمون مــا الذي يفعلونه أفضل من غيرهم. إن إدراج تجربة المريض كإحدى الجدارات في أقسامهم يصنع أثرًا مشابهًا لما قام به كوسغروف في المؤسسة ككل.

لقد قيل لي ذات مرة إن القادة الناجحين يضعون الإســتراتيجية ويضعون طرقًا لتنفيذها ومـــن ثم يحفزون الناس على تبنيها كأداة خاصة بهم ويحفزونهم على تنفيذها. لقد أوقدنا «منصة مشـــتعلة» لكي نجعل الناس يركزون على تحســـين تجربة المريض، وأنا أشعر بالفخر لنجاحنا في إلهام الآخرين أن يصبحوا مسؤولين ويقومون بدفع التحسن. مسؤولية كوسغروف هي الحفاظ على تجربة المريض على رأس الأولويات. وكانت مســؤوليتي هي ضمان وجود الكثير من البنزين لصبه على «المنصة المشتعلة». ولكن امتلاك وقيادة التغيير هي مسؤولية الجميع. القادة في منظمتنا الذين كانوا في البداية متحفظين الآن يقودون التغيير بحماس لا يصدق، ويعتقدون يقينًا أنه الشيء الصحيح الذي ينبغي القيام به.

التقيـــت لأول مـــرة جوزيف إينوتي، رئيس معهد العظـــام والروماتيزم، بعد أن أصبحت المديـــر التنفيذي لتجربة المريـــض بفترة وجيزة. إينوتي هو جراح ذو شـــهرة عالمية وباحث ومفكـــر يســـتند بقوة إلى النتائـــج وهو ربما لم يعط خلال فترة تدريبـــه وفي وقت مبكر من الوظيفـــة الكثير مـــن الاهتمام لتجربة المريض. كانت عقليته مـــن نوعية «الأمر كله يتعلق بجـــودة مـــا نقوم به ولا شيء آخـــر» وعندما ذهبت إلى مكتبه كجزء مـــن لقاءات التعارف وإلقاء التحية لاحظت أن فرش مكتبه كان غنيًا بالألوان بعيدًا عن النموذج التقليدي لمكتب الطبيب في عيادة كليفلاند وبالتأكيد طرحت بعض التعليقات الساخرة حول ديكوره، وعلق هو قائلاً «هذه هي تجربة الطبيب».

كان إينوتي مهذبًا ومجاملاً عند مناقشة تجربة المريض، وبطبيعة الحال، لم ينتقدها أحد، خاصة مع علمهم أنها من بنات أفكار كوسغروف، لكنني سرعان ما شعرت بأنه ليس مقتنعًا

بأهميتها، وتساءلت عما إذا كان سيُمضي جزءًا من وقته في التركيز على تجربة المريض، وأتذكر بوضوح الآن ما كنت أفكر فيه عندما كنت خارجًا من هذا الاجتماع كنت أعتقد أن ذلك سيكون أمرًا صعبًا للغاية، وإذا لم نستطع إقناع كبار القادة خارج المكتب التنفيذي، وخاصة القادة الإكلينيكيين، فإن هذا المسعى لن يكون ناجحًا أبدًا. إينوتي وصل إلى إدراك أن تجربة المريض ذات حاجة ملحة على المستوى الوطني وأنها مُميز رئيسي للرعاية الصحية. واعتنق تجربة المريض باعتبارها أولوية لمعهده ويقوم بقيادتها على مستواه. اليوم، معهده لديه نتائج من بين الأعلى في تجربة المريض على مستوى المنظمة. كل طبيب وموظف يعرف أولوية تجربة المريض، بينما لا يزال البعض يعتقد أنها غير مهمة، مع ذلك يخوضها لأنه يدرك أنه سيكون محاسبًا عن ذلك.

وبعد أربع سنوات من لقاء التعارف وإلقاء التحية، قال إينوتي: «لقد قمت حقًا بإصلاح تجربة المريض هنا» ضحكت وقلت له: ليس أنا، ولكنْ أناس مثلك. كان معهده يؤدي جيدًا لأنه يتبنى هذه المسألة.

تلقيت مؤخرًا مكالمة من رئيس قسم جراحة العظام في مركز أكاديمي رئيسي، وأحد أكبر برامج جراحة العظام في البلاد. بناء على إحالة من إينوتي، حيث افتتح المحادثة قائلا: «إن تجربة المريض لدينا سيئة حقًا، ويقول جو إنه بإمكانك مساعدتي على إصلاحها». لقد ناقشنا مجموعة متنوعة من الأساليب، ولكن في نهاية المطاف أشرت عليه بالعودة إلى إينوتي. فتجربة المريض لدينا في قسم العظام على القمة بسبب قيادة رئيسها، ولكي يكون ناجحًا بالمثل، كان المتصل بحاجة للبدء من نفس النقطة أيضاً.

القيادة بإمكانها تغيير مستشفى:

مستشفى لوثران (Lutheran Hospital) هو مستشفى صغير، بسعة ١٢٠ سريراً يقع بالقرب من كليفلاند في الحي التاريخي لمدينة أوهايو. ويعتبر مثالاً قويًا على مستشفى المجتمع المحلي، حيث كان مستشفى لوثران مرتكزًا مهـمًا للحيوية الاقتصادية في المنطقة المحيطة به. وقد تم امتلاك هذا المستشفى من قبل عيادة كليفلاند في عام ١٩٩٧. وقد كان تقييمها الإجمالي منخفضًا لسنوات وفقًا لـ «تقييم المستهلكين لمقدمي وأنظمة الرعاية

الصحيــة» (HCAPHS) مع بعض التفاوتــات الطفيفة جدًا. في يناير ٢٠١٢، تم تعيين قائد جديد، هو براين دونلي (Brian Donley)، رئيساً للمستشفى. دونلي كان نائبًا لرئيس قسم جراحــة العظــام وترأس مركز عيادة كليفلاند للقدم والكاحل وقــد كانت المرة الأولى له في منصــب قيادي كبــير، إلا أنه سرعان ما وضع الأولويات التنظيمية الرئيســية. ومنها برنامج تجربة المريض وعلى الرغم من أن تجربة المريض كانت بالفعل مبادرة إستراتيجية للمنظمة، إلا أن دونلي أعاد التركيز عليها ليضعها على قمة أولويات لوثران.

دونــلي عزز رؤيته تلــك من خلال المرور على المرضى والتحدث مــع مقدمي الرعاية في جميع أنحاء المستشــفى. لقد جعل من مشــاركة الأطباء أولوية قصوى وبدأ في اســتضافة اجتماعات عشــاء صغيرة مع الأطباء. في وقت مبكر، واجه تحديًا من قبل أحد كبار الأطباء الــذي صرح بأن الكثير من برامج تجربة المريض قد تمت تجربتها في لوثران ولم تنجح. لكن دونلي دفعه للتراجع قائلًا إن المستشــفى ســوف يستمر في مواصلة تحسين تجربة المريض. كــما احتــاج الرئيس الجديد إلى موارد جديدة لمســاعدته على التحــول. فقد قمت بتعيين مدير لتجربة المريض في المستشفى، كما قامت كيلي هانكوك، المدير التنفيذي للتمريض في كليفلاند، بتعيين رئيس جديد للتمريض في المستشفى.

في التقارير ربع السنوية الأولى تحت القيادة الجديدة لمستشفى لوثران، حقق المستشفى أحد أفضل التحســينات في رضا المرضى على مســتوى المنظمة بأكملها. بعد عام واحد، قفز تقييمها في تقييم المســتهلكين لمقدمي وأنظمــة الرعاية الصحية(HCAPHS)بما يقرب من ٤٠ نقطة مئين (40 percentile points). إذا ســألت دونلي كيف أجرى هذه التحســينات الرائعة بسرعة كبيرة، فسوف يعزوها إلى الأناس الرائعين الذين يعملون في المستشفى – من قادة ومديرين ومقدمي رعاية. لقد تحسنت النتائج بفضل قيادته وقيامه هو وفريقه بدفعٍ التحسن. واعترافه بأهمية تجربة المريض كأولوية للمستشفى، وبوصفه رئيسًا، كان مسؤولًا عنها، وبعث برسالة، وأرسل إشارة واضحة إلى الجميع بأن التحسن ضروري.

لا تقع المســؤولية فقط على القيادة الإكلينيكية في دفع تجربة المريض للتحسن. ستيفن سي جــلاس (Steven C. Glass) المدير التنفيذي المالي CFO لدينا، والذي إذا ما كان هناك تنفيذي من غير الإكلينيكيين يدرك حقًا الجانب الإكلينيكي فيما نقوم به، فسيكون هو. قبل

أن تبدأ قيادة المؤسسة المرور على المرضى بفترة، كان جلاس يمر على طوابق المرضى. يزور المرضى، ويتحدث إلى الموظفين، ويسعى حقًا إلى فهم طبيعة عملنا في الخطوط الأمامية. إن المرور على الوحدات الإكلينيكية هو إحدى الجدارات القيادية التي قام بإيصالها إلى كامل فريقه.

كثيرًا ما كنت أُدعى للتحدث إلى مختلف إداراتنا المالية حول تجربة المريض. العديد من المديرين التنفيذيين في المالية كانوا يقضون وقتًا في المرور على المرضى معي ومع القيادات الإكلينيكية لدينا. ذات مرة، عدت إلى عيادة كليفلاند مع جلاس بعد أن قمنا بزيارة نظام صحي آخر. وشاركني أفكاره حول القيادة كمدير مالي قائلًا «جيم، أنا لست مجرد شخص يدير الشؤون المالية، أرى نفسي مديرًا تنفيذيًّا له دور في إستراتيجية المنظمة، صحيح أنني لا أضع الإستراتيجية، ولكن إذا لم أشارك، فما الجدوى من وجودي بالنسبة لرسالتنا في خدمة المرضى، فكل شيء أفعله من منظور مالي يؤثر بشكل مباشر على قدرتنا على تقديم الرعاية للمرضى» [١٠].

الإدارة المالية بشكل عام وجلاس على وجه الخصوص تلقوا الكثير من الانتقادات غير المبررة في منظمتنا لأن الكثيرين يشعرون بأن الإدارة المالية هي التي «تدير السفينة» وذلك فعليًا هو أبعد ما يكون عن الواقع. فجلاس وفريقه يؤدون ما لا يحب أحد أن يفكر فيه أو يتحدث عنه إنهم يديرون الموازنة. وقد عمل جلاس بشكل شامل لمساعدة كبار القادة وقادة الخطوط الأمامية على فهم الموارد المالية للمستشفى. وقام بإشراك الأطباء في إدارته، وأنشأ اللجنة الدائمة للموازنة التي تضم الأطباء، وقام بإدماج القادة الإكلينيكيين الآخرين في كل مستوى تقريبًا من مستويات وظيفة الإدارة المالية.

مثل هذا المنظور القيادي مهم جدًا. فالكثيرون قادرون على الإدارة المالية لمنظمات الرعاية الصحية، ولكن ينبغي ألا نعتقد أن ذلك وحده فقط سيكون كافيًا. يجب أن ننظر إلى الأشخاص الذين «يدركون»؛ الذين يفهمون أن الأمر ليس فقط قيادة صومعة منعزلة؛ بل يدركون كيف تدعم هذه الصومعة رسالة رعاية المرضى.

تأثير الجولات القيادية:

إن رؤيــة القيادة العليا أمر بالغ الأهمية لتحســين تجربة المريض. إن الجولات القيادية هي أحد الأساليب التي استخدمها جلاس والكثير من القادة الآخرين بانتظام لفهم ما يجري في الخطوط الأمامية بشكل أفضل. هذا الأسلوب المهم يعطي القادة رؤية لكل من مقدمي الرعاية والمرضى، وهذه التفاعلات تســاعدهم على فهم أفضــل لكيفية تأثير القرارات التي يتخذونها على المنظمة.

في عــام ٢٠١١، قمــت بزيارة ديفيد فينبرغ في النظام الصحــي لجامعة كاليفورنيا لوس أنجلــوس (UCLA). وقد أخــبرني أنه أحيانًا ما يعقد اجتماعات مــع الناس أثناء مروره في المستشــفى، قائلًا «إن الوقت قصير، فيمكنني إنجاز أمرين في وقت واحد: عقد اجتماعات ورؤية مرضانا وموظفينا». وقال إن هذه الجولات لها تأثير متبادل، يظهر لمقدمي الرعاية في الخطوط الأمامية أن كبار القادة يشاركون الموظفون فيما يفعلونه كل يوم.

وتزامنــت زيارتي لجامعــة كاليفورنيا لوس أنجلوس (UCLA) مع يوم كان مستشــفى فينــبرغ ينفذ ما يســمى الجولات التنفيذية، ودعاني إلى حيــث بدأنا في قاعة محاضرات مع حوالي ٦٠ من كبار القادة، وافتتح الاجتماع بقصص عن العمل العظيم الذي قدمه اثنان من الموظفين للمرضى، ثم وُزِّعَتْ مجموعات صغيرة من ثلاثة أو أربعة أفراد في مناطق مختلفة من المستشفى لمدة ساعة تقريبًا، تحدثت كل مجموعة إلى المرضى ومقدمي الرعاية، وقامت بتقييــم البيئة، ثم عــادت المجموعة للاجتماع مرة أخرى في القاعة لمناقشــة قصص المرضى والفــرص التنظيمية، لقــد تأثرت بذلك على الفور، وأخبرت فينــبرغ أن جولات القيادة هي شيء ســنقوم بتنفيذه في عيادة كليفلاند، إنني أتذكر سؤالي له عما إذا كان بإمكاني «سرقة» فكرته، حيث ضحك قائلًا بالطبع، ولكن للشفافية الكاملة، فقد ذكر لي أنه أخذ هذه الفكرة عن مستشفى آخر.

اليــوم نقــوم بإجراء جــولات القيادة مرة في كل شــهر. نحن نتبع نفس شــكل جامعة كاليفورنيا، مع بعض التحســينات. فنحن نســتخدم ثلاث قوائــم مرجعية: واحدة للمرضى، واحــدة لمقدمي الرعايــة، وواحدة للبيئة. نقوم بجمع المعلومــات وتوزيعها على كل مدير وقائد. ونتيجة لذلك، قمنا بتحســينات مهمة جداً في العمليات التشغيلية، شمل ذلك تغييراً

كليًا في طريقة تسليم وحفظ الإمدادات في وحدات التمريض وتطوير عملية جديدة لتخزين وتسليم المضخات الوريدية للمرضى. كلتا المشكلتين مثلتا سببًا رئيسيًا لعدم رضاء التمريض.

لقد بدأنا أيضًا من خلال جولات القادة الاهتمام بمجموعات العمل. فبالإضافة إلى استدعاء اثنين من مقدمي الرعاية المتميزين، كنا نقدر جهود مجموعة كاملة من مقدمي الرعاية الذين هم في غاية الأهمية لرسالتنا ولكن غالبًا ما يكونون أقل تعرضًا للتواصل مع القادة. لقد تعرفنا إلى أفراد الأمن والحراسة، وعمال خدمات النظافة، والصيادلة، ومديري الحالات. في الطب، عادة ما يتم التعرف على الأطباء والممرضين كأبطال، ولكننا بمثل هذه الجولات نبعث برسالة بأن هناك أبطالًا في أدوار مختلفة في جميع أنحاء المنظمة، وأن الجميع مهم.

لقد كانت جولات القادة أداة عظيمة لإيجاد مجالات الفرص، ولكن استخدامها لتبصير القادة كان أهم الفوائد. إن من السهل القيام بجولات القادة، ويمكن بدؤها على الفور. فإذا كنت رئيسًا ومديرًا تنفيذيًا لمستشفى، أو لأي شركة في هذا المجال، فكم مرة تصل إلى الخطوط الأمامية وتتحدث إلى الموظفين والعملاء؟ وكم مرة يقوم فيها فريقك القيادي بذلك؟ ابدأ اليوم!

إن التجوال في أنحاء المنظمة يبقي قادتنا على معرفة تامة بواقع ما تقدمه المنظمة كل يوم للمرضى. كان كوسغروف في جولة مع المدير التنفيذي للتمريض، ك.كيلي هانكوك (K.Kelly Hancock)، حيث دخلوا إلى غرفة أحد المرضى الذي كان يعاني من هذيان واضح ويحاول النهوض من السرير. وقد قاموا بالاعتناء بالمريض على الفور، وتوجهت ثالثة لطلب المساعدة، وهي إيلين شيل (Eileen Sheil)، المدير التنفيذي للتواصل المؤسسي، التي كانت تقوم بالمرور معهم أيضًا. كان ذلك مباشرة بعد تغير الوردية الصباحية. حيث قالت لها الممرضة الأولى التي قابلتها أنه ليس مريضها وأنها لا تستطيع المساعدة. وقالت الممرضة الثانية لشيل إنها خرجت لتوها وأنها في طريقها إلى المنزل. عادت شيل إلى غرفة المريض وأخبرت هانكوك بما حدث، والتي على الفور أحضرت شخصًا ما للمساعدة. والنقطة هنا هي أنه بينما نعمل بجد لإدارة منظمة ذات كفاءة وفاعلية، فهناك أشياء صغيرة تحدث كل يوم - ذات علاقة سواء بالعمليات أو بالأشخاص - وتؤدي إلى صعوبة بالغة في تحقيقنا

لأهدافنـــا. وجــود كبار القادة في الخطــوط الأمامية يعرضهم للعالم الحقيقـــي لما نقوم به، ويرسل أيضًا برسالة أننا نبصر ونشارك فيما يحدث.

ولكي نكون ناجحين في تحســين تجربة المرضى، يجب أن نجعل الآخرين يســاعدوننا في قيــادة التغيير. ولا يمكننــا أن ننجح في محاولة القيام بذلك بأنفســنا. في عيــادة كليفلاند، أنشــأنا ائتلافًا واسع النطاق من القادة الذين يتفهمون أن تجربة المريض مهمة ويتحملون المسؤولية عن دفعها للتحسن. وضع تجربة المريض كأولوية إستراتيجية قصوى قد مكننا من اكتشاف المبادرين وهم الأشخاص الذين أدركوا على الفور أهمية تجربة المريض، وتدريجيًا عملنا على إقناع الآخرين.

على سبيل المثال، الدكتور. مايكل هندرسون، رئيس قسم الجودة لدينا، يذكر إغلاق باب المختبر لمنع الأطباء من استخدام تجهيزات دون المستوى المطلوب. لقد كانوا يحللون عينات البول المريض هناك ولا يرسلونها إلى المختبر للتقييم. وكانت هذه الممارسة قائمة منذ عقود، ولكنها لم تعد تفي بمعايير الجودة الوطنية. لقد حاول هندرســون تغيير سلوكهم، وعندما لم يلتزم الأطباء، قام بإزالة الجهاز وأغلق الباب. [١١]

ونظرًا لنجاحنا في تمرير رسالة تجربة المريض، أصبح لدى الجميع مسؤولية عن قيادتها. ويجب على جميع القادة، ســواء كانوا يديرون قطاعات تنفيذية ضخمة بها ألف شخص أو يشرفــون على اثنين من الموظفين فقط، قيادة تجربــة المريض في نطاق عملهم. ولكي تكون المنظــمات التي تركز على العملاء ناجحة إلى حد كبير، يجب على كل قائد في المؤسســة أن يكون مسؤولاً ويقود مبدأ التركيز على العملاء.

إن أحد التحديات التي تواجه الرعاية الصحية هو أن التركيز على المريض يمكن أن يبدو وكأنه فقط مســؤولية الأشــخاص الذين يتعاملون مع المرضى بشكل مباشر. في الواقع ليس هناك ما هو أبعد عن الحقيقة من ذلك. فلكي تكون المستشفيات ناجحة، يجب على جميع القــادة الإكلينيكيين وغير الإكلينيكيين الاصطفاف حول المريض. إن الفشــل في ذلك ســوف يتسبب في إيقاف تمرير الرسائل المتسلسلة عن تجربة المريض.

إن تجربة المريض، مثلها كمثل أي مبادرة تنظيمية رئيسية أخرى، تتطلب قادة متبصرين يمتلكون الإستراتيجية، ويتحدثون عنها، ولديهم القدرة على تولي المسؤولية في بعض الأحيان

والقيــام بتنفيذ التكتيك. هناك حاجة إلى المثابرة لمنــع تجربة المريض من أن تصبح «نكهة الشهر» يجب أن يكون لكل قائد ومدير القدرة على فهم سبب أهمية تجربة المريض وكيف أنه أو أنها ضرورية لنجاحها. المســاءلة يجــب أن تكون موجودة لأولئك الذين لا يعتقدون فيها ولا يريدون اعتمادها كأولوية تنظيمية، كما يجب أن يكون القادة مســتعدين لتجربة أشياء جديدة وتحدي الآخرين حول المبادئ التنظيمية.

باختصار:

١. يجب على المســؤول الأول للمنظمة أن يقر تحســين تجربة المريض كأولوية له. فإذا كان القائــد لا يتحدث عــن تجربة المريض، فإن الناس لن تــولي الأمر اهتمامًا، ولن تحصــل تجربة المريض على الاعتبار الذي تســتحقه. وبالمثل، وبما أن تجربة المريض شاملة بطبيعتها، فإن القائد الوحيد الذي لديه سلطة التأثير على هذا النطاق الواسع هو الرئيس التنفيذي.

٢. عــلى الرغم من أن قائد المنظمة يتحمل مســؤولية الموضوع وإيصال الرســائل، إلا أنه لابد من وجــود مدير تنفيذي يرفع تقاريره مباشرة إلى الرئيس التنفيذي ويتولى التنفيذ بشــكل جدي وبفاعلية تشــغيلية. حيث سيتطلب تحســين تجربة المريض موارد، وإدارة للبيانات، وآليات محددة. ويجب أن يكون هناك شــخص مسؤول عن التطور اليومي للعمليات.

٣. ليــس مجرد إخبــار الناس في المنظمة بأن تجربة المريــض ذات أولوية يُصلِح تجربة المريض. بل يجب على كل قائد ومدير في المنظمة فهم المنصة المشتعلة، ومعرفة أن تجربة المريض تمثل أولوية لدى القيادة، وتحمل المســؤولية عن تنفيذها. ويشــمل ذلك القادة الإكلينيكيين وكذلك القادة غير الإكلينيكيين أيضًا.

٤. الجولات القيادية هي تكتيك سهل يمكن تنفيذه على الفور في أي بيئة رعاية صحية. إنها وسيلة لدفع الرؤية من المستوى التنفيذي إلى لمقدمي الرعاية والمرضى وتحديد القضايا المهمة التي يمكن أن تؤثر على العمليات.

الفصل الرابع
وصف الجوانب المختلفة للحقيقة


٨٦

الفصل الرابع

وصف الجوانب المختلفة للحقيقة

تعريف إستراتيجية وتجربة المريض:

إن الوصـول لتعريف محكم لتجربة المريض هـو أمر صعب المنال. ولكن مع ذلك قبل أن نتمكن من تحسين تجربة المريض، فنحن بحاجة إلى وجود تعريف عملي لكيفية التفكير في الأمـر. وهنـاك سـببان يجعلان من الوصـول إلى تعريف موجز أمرًا مهـمًّا: أولهما، أنه يجب أن نحدد ما هو مهمٌّ بالنسـبة للمرضى فيما يتعلـق بتجربة المريض وإلا فإن المرضى سـيقومون هم بتحديد ذلك لنا. وبشـكل عام فإن المرضى هم مسـتخدمون غير معقدين للرعايـة الصحيـة. إن تجربة مريض ما تتسـاوى في عقله مع الجودة. وغالبًا ما يسـتخدم المرضى مؤشرات في الحكم على فعالية الخدمة. هذه المؤشرات هي الأشـياء التي يفهمونها ويمكنهم بسـهولة ربطها بتجربتهم الشخصية. نحن بحاجة للتأكد من اختيارهم للمؤشرات المناسبة أو على الأقل تفهم بيئتهم حيث يرتبط ذلك بمؤشراتهم.

ثانيهـما، لابـد أن يكون هناك تعريف واضح ومحدد لتجربـة المريض حتى نتمكن من تحسـينها، بحيث يتمكـن الجميع – كل مقدم للرعاية -في تلـك المنظمة من معرفة كيف ترتبـط تجربة المريـض بعمله وما ينبغي القيام به من أجل تحسـين تجربة المريض. إذا لم نتمكـن من إيصال تعريف تجربة المريض والتوقعات بوضوح إلى مقدمي الرعاية للمريض، فسـيكون من المستحيل بالنسـبة لهم فهم كيفية صياغة طرق التحسين. ولن يكون مقدمو الرعاية متأكدين ما الذي يقومون بتحسـينه بالضبط. إن إدارة التغيير الناجحة تتطلب من جميع الموظفين في منظمة، على كل المسـتويات بدءاً من موظف الاسـتقبال المسـؤول عن جدولـة المواعيد وحتى مدير عام التوريد أن يفهمـوا بالضبط ما الذي تعنيه هذه المبادرة بالنسـبة لهم وما الذي نريد منهم فعله. إن عدم وجود تعريف موحد يخلق التباسـاً لدى القـادة والمديرين الذين يحاولون التأثير على تجربـة المريض، فضلًا عن مقدمي الرعاية في الخطوط الأمامية الذين يحاولون تقديمها.

كـما يجب أن يراعي التعريـف الحقائق الإكلينيكية للمستشـفى والعمليات والرعاية اليوميـة للمرضى. ويجـب أن يفهم الناس كيف يلائم التعريـف البرنامج الذي يقومون به يوميًـا. الممرضات والأطباء، ومقدمو الرعايـة الآخرون يجب عليهم تقديم الرعاية للمرضى. وهم مشـغولون جدًّا، وليس لديهم الوقت لدراسـة وفهم التعريف. لذلك لا يمكن أن ندع هناك مجالًا للتأويل. أن نجعل الناس يستوعبون التعريف بشكل سريع سيجعله أمرًا عمليًا يدفع إلى سرعة تبنيه. وسـوف يتحسـن تبنيهم أيضًا إذا ما كانت بيئة العمل تتلاءم بشكل طبيعي مع ما يفعله الناس كل يوم.

يجب أن نأخذ في الحسـبان عند صياغة التعريف الموجـز لتجربة المريض عامل برامج المستشـفى الأخرى القائمة والبالغة الأهمية لأداء نظام الرعاية الصحية، وتحديدًا السـلامة والجودة. فتجربة المريض لا يمكن اعتبارها مبادرة مسـتقلة عن المستشفى. تجربة المريض، والسـلامة، والجودة ترتبط ارتباطًا لا ينفصم، والتكتيكات التي تحسن تجربة المريض، مثل التنمية الثقافية، تأثر كذلك بالتأكيد على السـلامة والجودة. إن التعريف الفعال يجب أن يتوافـق مع هـذه الروابط. فإذا ما وضعنا إطارًا ضيقًا لتجربـة المريض، مثل إدراك المريض وارتياحه للخدمة، فنحن عرضة لخطر تهميش قضايا أكثر أهمية، مثل سلامة المرضى.

بعد فترة وجيـزة من تعييني مديرًا تنفيذيًّا لتجربة المرضى، عقدت أنا والمدير التنفيذي للتمريض ملتقًى حول تجربة المريض في المنظمة. لقد أردنا أن نشرك بقدر الإمكان وفي وقت مبكر العديد من القادة من أصحاب المصلحة الرئيسيين من مختلف أنحاء المنظمة في عملية التغيـير. لذا قمنا بدعوة مجموعة متنوعة مـن أعضاء الجناح التنفيذي، والقيادات الطبية، والتمريضية، وقادة العمليات من جميع أنحاء المنظمة. بما في ذلك الحرم الجامعي الرئيسي لدينا ومستشفيات المجتمع ومراكز الإسعاف. وفي افتتاح الملتقى، طلبنا من الحضور الستين أن يقسـموا أنفسـهم إلى مجموعات صغيرة وأن يقوموا بمناقشة رؤيتهم للحالة المستقبلية لتجربـة المريض في عيادة كليفلاند. طلبنا منهم تعريف تجربة المريض المثالية في جوهرها، أتت النتائج بسلسـلة كاملة من الأفكار بدءاً من مواقف مجانية للسيارات، ومقدمي رعاية سـعداء، وابتسـامات أكثر، ورعاية طبية عالية الجودة، ومرافق جديدة ونظيفة، وصولًا إلى تحسين التواصل مع المرضى. أُشَبِّهُ «تحدي التعريف» في تجربة المريض بقصة الأكفّاء والفيل.[1] في هذه القصة، طلب إلى ستة رجال أكفّاء أن يقوموا بوصف الحيوان بينما كل منهم يلمس

جزءًا مختلفًا من الفيل. الرجل الذي يلمس الساق لاحظ أن الفيل هو مثل العمود، في حين أن الرجــل الــذي يلمس الذيل يصف الفيل كالحبل. وزميلهــم الذي يلمس الأذن يقول إنه يشبه مروحة يدوية كبيرة. كل منهم قد روى شيئًا مختلفًا لأن أيًا منهم لم يتمكن من رؤية الفيل كاملًا. لم يتمكنوا من الاتفاق على كيف يبدو الفيل، على الرغم من أن كلًا منهم كان يصف سمة من سمات الحيوان بشكل صحيح.

وقد أثبت هذا الملتقى المبكر للشركة صحة التشــبيه المستخدم في القصة. فالجميع كان يعرف أن تجربة المريض مهمة الجميع، وكان يعرف أنها كانت بحاجة إلى التحســين، وكان الجميع يرغبون في المســاعدة. ولكن الجميع كانت لديهم أفكار مختلفة عما تعنيه تجربة المريض وكيفية إصلاحها.

في مســح أجرته وكالة إعــلام قادة الصحــة [٢] وجد أن قادة المستشــفيات في الولايات المتحدة يعتقدون أن تجربة المريض تعد الأولوية الإســتراتيجية رقم واحد لمنظماتهم. ومع ذلــك وجــدت القليل من القــادة التنفيذيين للمستشــفيات يتفقون عــلى تعريف تجربة المريض. ولم أجدهم حتى يتوافقوا على كيفية تنظيم وقيادة جهود تحســين تجربة المريض. وعندما تحدثت مع قادة من جميع المستويات، وجدت أن جهود تحسين تجربة المريض في المستشفيات الأمريكية غير منظمة وغير متسقة.

جزء من التحدي هو أن تجربة المريض هي مجال تركيز حديث نســبيًا. وتقليديًا كانت تجربــة المريض تُعــرَّف بأنها رضا المرضى، وقد تم إنزال المســؤولية عن قياس وإدارة جهود التحسين إلى قسم التسويق. وقد ربط قانون الرعاية بأسعار معقولة وكذلك برنامج التأمين الطبي لكبار الســن (Medicare) بين ســداد مطالبات المرضى المنومين وبين أداء المستشفى وفقًا لتقييم مستهلكي المستشــفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS). كما يعمل برنامج التأمين الطبي لكبار الســن (Medicare) أيضًا على توســيع استخدام أدوات قياس تجربة المريض لتشمل بيئة أقسام الخدمات الإسعافية، طب الأطفال، والطوارئ. وقد شــجع برنامج التأمين الطبي لكبار السن (Medicare) بذلك عدداً آخر من شركات التأمين الصحــي الخاصة لتتفاوض مع المستشــفيات لربط جزء من المدفوعــات بمقاييس الأداء في تجربة المريض.

كما أن شفافية البيانات (نشر أداء المستشفيات في تجربة المريض) وربطها بالسداد تؤدي إلى حماية وتعزيز مصالح المستهلكين. كما أن المرضى سيستخدمون البيانات المنشورة لممارسة خياراتهم بشأن أين يذهبون للحصول على الرعاية المثالية لهم. هذه الضغوط الخارجية أجبرت قادة المستشفيات على الاهتمام بتجربة المريض وتحديد ما تعنيه لمنظماتهم وكيفية تحسينها.

سبب صعوبة الاتفاق على تعريف محدد لتجربة المريض:

إذا ما سألت أيًّا من العاملين في الرعاية صحية عما إذا كانت تجربة المريض مهمة، فإن معظم الناس يقولون، «نعم، قطعًا!» من الصعب أن نختلف على الحاجة لتقديم تجربة رائعة للمرضى. نحن في ملتقى تجربة المرضى قد تحققنا من صحة ذلك. فبينما يوافق الجميع على أهمية تجربة المريض المميزة، فإن في الحقيقة قليلون هم من يمكنهم تحديد ما تعنيه أو كيفية تحقيق ذلك. لقد واجهنا أيضًا تحديات في التعريف لأننا جميعًا نعتقد أننا نعرف ما هو مهم.

أكثر ما أبهرني في ملتقانا ليس فقط حماس المجموعة بشأن أسباب أهمية تجربة المريض، ولكن الاعتقاد الجماعي بأن لدينا المقدرة أكثر من غيرنا على تعريفها لأننا استفدنا من كلتا التجربتين على حد سواء كمقدمين للرعاية وكمرضى.

جزء من مشكلة الوصول إلى تبني تجربة المريض عالميًا لتكون على قمة الأولويات ترتبط مباشرة بصعوبة صياغة التعريف الدقيق لما تعنيه تجربة المريض وكيف تتلاءم مع كل ما تقوم به منظمات الرعاية الصحية. كما جاء في مجلة جلوب الدولية للأعمال في عام ٢٠١٠ في مقال عن تجربة المريض، «بعد كل شيء، إذا كنت لا تستطيع تعريفها، لا يمكنك تقديمها». [٣]

لتحقيق التبني التنظيمي لمفهوم جديد مثل تجربة المريض، يجب عليك تحديد ماهية، وسبب، وكيفية ذلك.

عندما بدأت لأول مرة الحديث عن تجربة المريض، كثيرًا ما كان الناس يسألونني «لكن ماذا يعني ذلك؟، وكيف تعرفها؟، ولماذا هي مهمة؟» أتذكر الشعور بالعجز كلما حاولت أن

أبعث برسـالة تُعرِّف تجربة المريض، وما الذي نفعله، ولماذا. وعندما كنت أعطي كل قسم من أقسـامنا الطبية عروضًا تقديمية، كنت أرى النظرات الحائرة من جمهور الحاضرين. ولم يسـتوعب أحد ما كنت أحاول قوله، وبينما كنت أطرح قوائم بأشياء مختلفة اعتقدت أنها مهمة للمرضى، كنت أنا نفسي غير متيقن منها.

بعد تعييني مديرًا تنفيذيًّا لتجربة المريض، التقيت أحد الأشخاص خلال اجتماع التعارف الأول مع كبار القادة في جميع أنحاء منظمتنا وكان آن آنذاك رئيسًـا لمستشفياتنا الإقليمية. وفي ذلك الوقت، كان لدى هذه المستشـفيات سجل سـيئ. كان داعمًا جدًا لأهمية تجربة المريض، وناقشـنا الإستراتيجية الشـاملة وما الذي يمكن أن يحدث فارقًا. ثم تشعب حديثنا على الأساليب المحددة التي قد نطبقها. وقد أدركت على أثر ذلك، أننا كنا نخلط بين القناعة العاطفية بأهمية تحسـين تجربة المريض وبين الأفكار الإستراتيجية والأساليب. وقد تعهد لي بدعمـه والتزامه بالقيام بكل ما هو ضروري لإصلاح تجربة المريض. كنا وجدانيًا نتفق على أنــه «لا يمكننا إنكار أهمية تجربــة المريض» لكن من دون أن نعرف حقًا نطاق أو تعريف ما كنا نتحدث عنه.

تخللـت الأيام الأولى مـن حياتي المهنية وأنـا مدير تنفيذي لتجربــة المريض محادثات كثيرة مثل هذه، وتكـررت عبر المنظمة. واتفق الجميع على أهمية تجربة المريض وتعهدوا بالمسـاعدة ولكن لم يكن أحد يعرف بالضبط ما الذي كانت تعنيه أو كيفية إصلاحها. كان الجميـع ملتزمون بها، وكانوا يريدون مشـاركة مرئياتهم وأفكارهم حول الأسـاليب، وكان البعض يمضون قدمًا محاولين تنفيذ الأشياء التي كان لديهم قناعة بأنها ستحدث فارقًا.

بعد تلمسي لما كنت أعتقد أنه معنى تجربة المريض، فإن غالبية المحادثات كانت تزداد سـوءاً، مع اسـتتباعها بسؤال لا يمكن تجنبه «حسـنًا، عظيم، وكيف يمكننا إصلاحها؟» بعد وقت قصـير من لقائي مع الرئيس الإقليمي لمستشـفياتنا الإقليمية، قام بإعطاء أمر لجميع الرؤساء التنفيذيين لديه هو «إصلاح تجربة المريض» وقد اتصل بي أحدهم ليخبرني عن ذلك، ثم سألني «جيم، أخبرني كيف نعرف تجربة المريض، ما هو نطاق عملها؟ «في تلك اللحظة، أدركت أخيرًا أنه كان من الضروري اسـتخلاص تعريف يتمكن الناس من فهمه. ها هو أحد قادة العمليات مستعد للتنفيذ، ولكننا لم نحدد له ما الذي ينبغي عليه تنفيذه.

أما على الصعيد الوطني بين قادة المستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية، حملت كلمات تجربــة المريــض ارتباطًا غير إيجابي. وقد تــم اختطاف التعريف، وغالبًــا ما اعتبرت تجربة المريض مرادفاً لجعل المرضى «سعداء». في مقالة في العام ٢٠١٤ أوردت فوربس Forbes أن أحد أقسام طب الطوارئ من ذوي التصنيف الضعيف في رضا المرضى بدأ في تقديم «أكياس فيكودين Vicodin (عقار مســكن للآلام القوية والمتوســطة) في أكياس هدايا للمرضى عند خروجهم من أجل تحسين تقييماتهم»[٤] وذهب المقال إلى الطرح بأنه إذا لم يحصل المرضى على ما يريدون، فإنهم لن يكونوا سعداء، ولذلك سوف يضعون تقييمًا سيئًا لمقدمي الخدمة لهم. وإن «أكثر ما يريدون» يتضمن الاختبارات التشــخيصية المكلفة التي قد لا تكون ذات فائدة. مثلًا، عندما يطلب المرضى مضادات حيوية لأنفســهم أو لأطفالهم، فإذا كان الطبيب ســيعتقد أن الأدوية ليست مبررة ولن يوافق على الطلب، فإن ذلك سيستتبعه تقييمٌ سيئٌ. هذه بالطبع طروحات غير معقولة وخطيرة.

إدراك المرضى لتجربتهم:

إن تعريف المرضى لتجربتهم هو كذلك متباين تمامًا. حيث قمنا بسؤال المرضى للحصول على تغذية راجعة، وكانت النتائج رائعة. لقد وجدنا أن المرضى غالبًا ما يســتخدمون كلمة تجربــة في تعليقاتهم فمثلًا قد أبدى أحد المرضى ملاحظته للرئيس التنفيذي لدينا في إحدى جولاته القيادية قائلًا «لا أستطيع أن أصدق كيف كانت التجربة في هذا المستشفى» «هذا المــكان مذهل - الجميع ودودون ومهتمون جدًّا»، «أين وجدتم كل هؤلاء الملائكة للاعتناء بالمــرضى؟» في بعض الأحيان، تكون تعليقات المريض أقل مجاملة «تجربتي كانت فظيعة!» والمرضى عادة يميلون إلى تحديد تجربتهم على أساس «اللحظة الآنية» أو على أساس واقعة مهمة. وبغض النظر عن جودة الرحلة بأكملها، فقد يكون هناك واحد أو اثنان من الأحداث الرائعة أو السيئة وهي التي ستحدد تجربة هذا المريض.

إن إدراك المرضى، وبالتــالي، تعريفهم لتجربة المريض، تتأثر أيضًا بمن حولهم من الناس. ذات مرة، عندما كان كوســغروف رئيسًــا لقســم جراحة الصدر والقلب والأوعية الدموية وقبل أن يصبحَ رئيسًــا تنفيذيًّا، اســتُدْعِيَ على عجل إلى غرفة المريض بعد الجراحة. وكانت العملية قد ســارت على نحو جيد، وكان يعتقد أن المريض سيتعافى دون مشكلة. كان قلقًا،

وركض مسرعًا إلى الغرفة، ليجد المريض على ما يرام ولديه زيارة من الأسرة. وعندها طلبت واحدة من أفراد أسرة المريض كوسغروف أن يلقي نظرة تحت السرير، حيث أشارتْ إلى كتل من الأتربة. لقد سألت الجراح ذات الشهرة العالمية، «كيف يمكن لمستشفى كهذا أن يوفر أعلى مستويات الرعاية إذا كنتم لا تستطيعون حتى تنظيف الأرضيات؟» لقد صعق كوسغروف. كيف يمكن لأفراد أسرة المريض أن يقوموا بتقييم جودة المنظمة بناء على كتل الأتربة بينما تكللت نتائج أحبائهم بالنجاح في عملية صعبة؟ لقد فطن ومن خلال المصدر مباشرة إلى طريقة حكم المرضى على عملنا بشكل عام بناء على أشياء تبدو بسيطة يمكنهم فهمها بسهولة.

ذات مرة وبينما كنت أمر على أحد مرضاي، وكان في الغرفة عدد من أفراد أسرة المريض. وقد عرفوا دوري في تجربة المريض وعلى الفور أرادوا تمرير تجربة رهيبة كانت لديهم في كافتيريا المستشفى. حيث مضوا في وصف ما حدث قائلين «لقد انتظرنا على الشباك لكن الموظفين تجاهلونا. الناس هناك لم يساعدوننا. لقد كانت مسؤولة الصندوق وقحة. وكانت مشغولة جدًا بالتحدث مع رفيقها» وحتى المريض، الذي لم يكن موجودًا في الكافتيريا مع أفراد أسرته، أضاف قائلًا: «نعم، هذا ليس بأسلوب تشغيل لكافتيريا مستشفى». اعتقدت أن تجربة المريض حتى الآن كانت إيجابية للغاية. كان هناك نتائج طبية جيدة، وكنت أنا والتمريض منتبهين، وكان المريض سعيدًا بتفاعلنا معه. هل يمكن لتجربة سيئة لأحد أفراد الأسرة في الكافتيريا أن تؤثر على إدراك المريض لتجربته على الرغم من أننا في مستشفى؟ لست متأكدًا أن هناك شخصاً يعرف الجواب على وجه اليقين. ومع ذلك، فتجاهل هذه الاحتمالية يعني أن نقلل من تأثير الأسرة وتأثير آرائهم على آراء المرضى وإدراكهم لتجربتهم في المستشفى. يجب أن نفترض أنه في بعض الأحيان سوف تؤثر تجربة المريض الشخصية والعائلية في بيئة المستشفى حتى وإن كانت خارج غرفة المريض على نتائج استطلاعات الرأي.

قد يكون هناك أيضًا عدم ارتباط بين إدراك المرضى وطريقة تقديم الرعاية. كتب أحد المرضى إلى منظمتنا «إن مستشفاكم سيئ حقًا. لقد ألحقوا بي الأذى». هذه كلمات قاسية عندما يسمعها مهنيو الرعاية الصحية. ومع ذلك غالبًا، عندما نراجع السجل الطبي الخاص بالمريض غير الراضي ونناقش تجربته مع الفريق الذي قام على رعايته أو رعايتها، نكتشف في الواقع، أن، النتيجة كانت جيدة جدًا، وأنها قد لبَّتْ معاييرَ الرعايةِ الطبية، كما أن جميع

أعضـاء الفريـق ظنوا أنهم قد تجـاوزوا المطلوب لضمان أن تكـون تجربة المريض والأسرة اسـتثنائية. عندما سـأل هذا المريض ما الذي كان يقصده تحديدًا «بالأذى»؛ أعرب عن أن خيبة أمله في المقام الأول بسـبب اضطراره للخضوع للعلاج. إذن لم يصدر الحكم علينا بناء على الرعاية أو العناية؛ كان يجري تقييمنا بناء على أن المريض قد أصابه المرض-وهي معركة لا يمكننـا أبدًا أن نربحها، ولكنه توضيـح مُهِمٌّ جدًّا لطريقة تفكير بعض المرضى. في كثير من الأحيان يختلف تعريف المرضى للجودة عن تعريفنا نحن لها. إن المرضى يربطونها بالأشـياء التي يفهمونها، وهي التي تقود إدراكهم.

كثيرًا ما يسـتخدم المرضى تجربتهم مع جودة الخدمة لتحديد إدراكهم للرعاية الصحية التـي تلقوهـا. وإذا ما طلبت من المـرضى أن يخبروك «ما الذي جعل مـن إقامتهم تجربة رائعـة» فغالبًـا ما يؤشرون على عنصر معين مثل: «قام الأطبـاء بإيضاح الأمور جيدًا وكانوا لطفاء جدًّا» ؛ «الممرضات كن يقظات جداً» أو «المبنى جديد ونظيف».

إن هـذه المجموعة المتنوعة من التعليقات، والتي تشـمل كافة جوانب المنظمة، تظهر مـدى التحدي: فإذا كانت تجربة المريض يمكن أن تعني أي شيء فكيف يمكن للمنظمة أن تتمكن من تعريفها، بل والأهم من ذلك، كيف يمكن أن تقوم بتحسينها وإصلاحها؟ المرضى لديهم وجهات نظر متفاوتة على نطاق واسـع، ومن غير المنطقي أن نربط المرضى بتعريف وحيد عند تفكيرهم فيما يعتقدون بشـأن تجربة المريض. تجربة المريض يمكن أن تعني أي شيء، ويمكن أن تختلف من مريض إلى مريض وهي تتوقف بشـكل كبير على وجهة النظر وتسـتند إلى التجربة. وسـيقوم المريض بتحديد التجربة من منظوره المتفرد، والتي غالبًا ما يتم تحديدها من خلال حدث واحد جيد أو سيئ. هذا هو ما يتذكره المرضى.

التعاريف المهنية لتجربة المريض:

هارلي مانينغ "Harley Manning" من فورسـتر للبحـوث "Forrester Research" الـذي يركز عـلى فهم وتعزيز تجربة العملاء في مجموعـة متنوعة من الصناعات في جميع أنحـاء العالم، بما في ذلك الرعاية الصحية، يعرف تجربة العملاء ببسـاطة على أنها «طريقة إدراك العمـلاء لتفاعلهـم مع شركتك» [٥]. المرضى هم عملاؤنـا، ويمكنهم تعريف تجربتهم بالطريقـة التي يريدونها.ذات مرة ذكر لي أحـد المراقبين الفطنين أن تجربة المريض هي ما

يقوله المرضى لعائلاتهم وأصدقائهم عندما يكونون خارج بيئة الرعاية الصحية.

لدى معجم ميريام –وبستير الجامعي Webster Merriam – العديد من التعريفات لكلمة تجربة «experience»، ولكن أفضل كلمة تناسب هذا السياق هو «فعل أو عملية الإدراك المباشر للأحداث أو للواقع». ثمة تعريف إضافي هو «ما تم مواجهته شخصيًا، أو خوضه أو معايشته»[٦].

هناك مراجع وتقارير لاستشاريين تحاول شرح ذلك، ولكن قد يكون لدى الاستشاريين انحياز وميل إلى صبغ تعريفاتهم بصبغة الخدمات التي يقدمونها. في تقرير رسمي نشرته ديلويت للاستشارات إل. إل. بي Deloitte Consulting LLP عام ٢٠٠٩، ذكر المؤلفون: «تشير تجربة المريض إلى جودة وقيمة كل التعاملات المباشرة وغير المباشرة، الإكلينيكية وغير الإكلينيكية – طوال أمد علاقة المريض / مقدم الخدمة»[٧].

أما تعريف غالوب فيركز على الارتباط والحاجة إلى الوفاء بالعناصر النفسية كالثقة والنزاهة والفخر والحماسة، جنبًا إلى جنب مع توفير الرعاية الطبية على أعلى مستوى[٨]. في جوهر هذا التعريف عنصر الارتباط (مشاركة المرضى)، وبالتأكيد هو عنصر من عناصر تقديم تجربة مريض رائعة. مشاركة المرضى هو محور تركيز غالوب لاستشارات الأعمال في مجال الرعاية الصحية.

وعلاوة على ذلك، هناك تعاريف تستند إلى صياغات توافقية واستطلاعات الرأي لقادة الرعاية الصحية. لقد قام معهد البريل (The Beryl Institute)، وهو منظمة ترعاها صناعة الرعاية الصحية وتعمل على صناعة القيادة الفكرية في مجال تجربة المريض، بتشكيل مجموعة عمل من المهنيين الصحيين لاختبار الصياغة التوافقية التي استخدمت في تعريف تجربة المريض: «مجموعة تشمل كل التفاعلات، التي شكلتها ثقافة المنظمة، والتي تؤثر على إدراك المرضى عبر سلسلة الرعاية»[٩]. لديَّ القناعة بأن الصياغات التوافقية هي حلول وسط، لأنها تدمج بين مجموعة متنوعة من الأفكار. لكن هناك احتمالية أن تكون أحد الأشياء المهمة قد أغفلت. وهذا هو ما تأكد في ملتقانا.

إن عدم قدرة الرعاية الصحية على التعبير عن تعريف موجز لتجربة المريض، جنبًا إلى جنب مع معتقداتنا الفردية فيما يتعلق بما تعنيه وكيفية إصلاحها، يجعل من الصعب جدًا إصلاحها. ولقد أدركت في وقت مبكر أنه إذا ما كانت عيادة كليفلاند بصدد تحسين

تجربة المريض فنحن بحاجة أولًا إلى تعريفها. إن تحقيق النجاح في نهاية المطاف في جهودنا للتحسين يعني سيطرتنا على وجهة النظر نحو «الفيل».

بالإضافة إلى ذلك، إصلاح تجربة المريض له تأثير على تشغيل المستشفى وهو عنصر لا يمكن إدارته بتوافق الآراء. إن المشكلة مع التعريف لا تكمن فقط مع الناس في الخط الأمامي في مواجهة الجمهور ولكن مع كل شخص يحاول قيادة وإدارة التغيير. جميعنا نريد أن نفعل الشيء الصحيح من أجل المنظمة. ولكن بدون وضوح القيادة والاتجاه، ستنشأ تعاريف متفاوتة لتجربة المريض فكل شخص لديه تصوره عما تعنيه تجربة المريض، ولكل فرد أفكاره الخاصة حول طريقة تحسين تجربة المريض، الأمر الذي يؤدي إلى الشلل في صناعة القرار والتغيير غير الفعال.

في وقت مبكر من عملي مديرًا تنفيذيًّا لتجربة المريض، كنت أعتقد أن تجربة المريض تتوقف بشكل كلي على تصورات المريض، وأن لدينا القليل لنفعله من أجل التأثير عليها. ولا يزال هذا الاعتقاد موجودًا لدى الكثيرين، والصحيح أنه إذا ما كانت التصورات يمكنها أن تقود الطريقة التي ينظر بها المرضى إلى تجاربهم فإن مقدمي وأنظمة الرعاية لديهم قوة هائلة على ضبط وإدارة تلك التصورات.

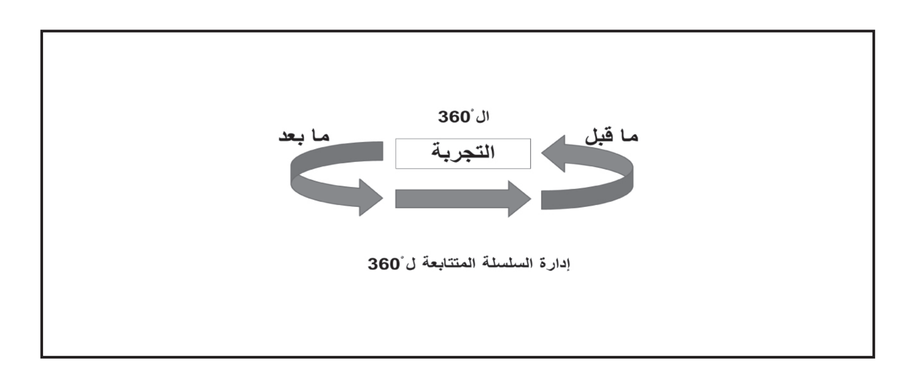
في دراسة مثيرة للاهتمام تبحث ما إذا كانت ذكريات المرضى عن الأحداث الماضية يمكن أن تؤثر على إدراكهم للتجربة[١٠]. خضعت مجموعتان من المرضى لإجراء منظار القولون. في إحدى المجموعات، تم عمل الإجراء للمرضى وفقًا للممارسات الاعتيادية. في المجموعة الأخرى، تم إطالة مدة بقاء المنظار بداخل جسم المرضى قبل أن يتم نزعه تماماً. صاغ الباحثون نظرية تقول بأن الإجراء الذي يستغرق وقتًا أطول سينظر إليه على أنه أكثر إرضاء للمريض. هذه الفرضية قد تبدو غير منطقية، وخلافًا لما قد يعتقد المرء من أن الإجراء الأقصر سينظر إليه على أنه أفضل، وقد وجد أن المرضى يميلون إلى تركيز انتباههم على الجزء الأخير من الإجراء والذي كان لديهم فيه أقل قدر من عدم الراحة، حين أبْقِيَ المنظار لفترة أطول، لكن في الواقع بدون عمل أي شيء ذي أهمية إكلينيكية. هذا الجزء الأخير من الإجراء هو الذي يحدد إدراك المرضى للتجربة.

وتشير هذه الدراسة إلى أن هناك أحداثًا فارقة في الإجراء هي التي تحدد إدراك المريض

لطريقــة تنفيذ هذا الإجراء. وتشــير الدراســة أيضًا إلى أن التجربة بأكملهــا يمكن أن تتأثر بمقدم الخدمة. هناك نقاط تماس فارقة هي التي تحدد تجربة المريض، ونحن نمتلك القدرة عــلى التأثير على نقاط التماس هذه. تخيل إذا كنا نعــرف أين هي النقاط الفارقة في رحلة كل مريــض -تلــك التفاعلات التي كانت مهمةً حقًّا. يمكن لجهودنا ومواردنا أن تســتهدف ضمان أن تكون نقاط التماس تلك اســتثنائية. إن الحصول على عمليات تسير بشكل سلس واصطفاف جهودنا حول نقاط التماس تلك هو أمر قابل للتحقق. وهذا لن يؤثر فقط على إدراك المرضى لتجربتهم، ولكن سوف يحسن الطريقة التي نقدم بها الرعاية.

تعريف عيادة كليفلاند لتجربة المريض:

لقد كرســت الكثير من التفكير لما تعنيه حقًّا تجربة المريض وكيف يمكن تحسينها. ومن الواضــح جــدًّا أن كل شيء له تأثير على إدراك المريض. وبالتالي كل شيء ســيصب في تجربة المريض. فهي كل شيء يراه المرضى أو يلمســونه، أو يشــعرون به، أو يسمعونه، أو يفكرون فيــه في تفاعلاتهم مع المنظمة. عندما كنت أســأل عن طريقة تفكــيري في تجربة المريض، كنــت دائمًا أبــدأ من خلال عرض شريحة توضح مربعًا بعنــوان «التجربة» كما هو مبين في الشــكل ١-٤ وتشير الأســهم حول المربع إلى اتجاه الحركة، وتمثل الأسهم رحلة المريض أثناء وحول الرعاية الطبية، وتشــمل تجربة المريض كل شيء قبل أن يصبح المريض مريضًا، مثل إدراكه عن المنظمة وسهولة الوصول إليها. وتشمل تجربة المريض أيضًا ما يحدث أثناء تلقي المرضى للرعاية في الأقســام الداخلية أو الخارجية. وتشمل تجربة المريض أيضًا إعادة المرضى إلى نقطة البداية، بما في ذلك الخروج والمتابعة، وما إلى ذلك. أدعو ذلك تجربة المريض «٣٦٠ درجة» وإدارة تلك ال ٣٦٠ درجة هو التحدي الذي يواجهنا.



الشكل ١-٤ تجربة المريض ٣٦٠درجة

إن طريقة اســتخدام التعريف وإيصال الرســالة تختلف تبعًا لمـا إذا كنت تأخذها من منظــور مقــدم الخدمة أو من منظــور المريــض. إن التعريف هو أمر بالــغ الأهمية لكلا المنظورين: من نواجه في الداخل (مقدم الرعاية) ومن نواجه من الخارج (المريض).

ومن أجل الوصول إلى تعريف داخلي يُسهِم في التحسن التنظيمي من خلال التركيز على الإستراتيجيات والأساليب، التي تسهل في منهجها وتطبيقها على عمليات المستشفيات. يجب أن يتضمــن التعريــف مجموعة متنوعة من الأولويات المختلفــة في مجال الرعاية الصحية ويجب أن يساعد الموظفين على فهم كيفية التفكير في تجربة المريض.

أما بالنســبة للتعريف الواقعــي الموجه للخارج (للمرضى) فهو أقــل أهمية، ويمكن أن يكــون أقل في الدقة؛ لأنه بالنســبة للمرضى يمكن أن تكــون التجربة هي أي شيء يدركونه. إن تجربــة المرضى مدفوعة بالإدراك، ويميل المــرضى إلى تعريفها بناء على التجربة اللحظية. وسوف يســتخدمون هذه العدســة لفرز كل ما يرونه ويجربونه. نحن بحاجة إلى تعريف متســق يســاعد المرضى على فهم كيفيــة التفكير في تجربتهم. نحن نناقــش تجربة المريض بالنسبة لهم لمساعدتهم في تركيز تلك العدسة على ما هو مهم.

إذا كانــت تجربة المريض تشــمل كل شيء، إذن دعونا نتأمل مــا نريد للمريض أن يراه ويجربــه. لفهم كيف يعمل هذا المفهوم والنظر في كيفية إجراء تحســينات، علينا ان نضع أنفســنا في موقع المريض ونســأل، «كيف نريد أن تكون تجربــة؟» التفكير في رحلة المرضى اثناء تلقي الرعاية الصحية وكيفية ضمان مراعاة مشاعرهم واحتياجاتهم. لقد قمنا بذلك في

العديد من أوجه العمل لدينا عن طريق مجموعات ذات اهتمام مشترك تتكون من المرضى وعــن طريق المجالس الاستشــارية لصوت المريض. وللحصول عــلى تجربة فعالة للمريض، يجب أن تضمن رحلته تنقلاً سلسًا ويجب أن يلبي توقعات المريض بشكل عام.

وبمفهــوم ال ٣٦٠ درجة، فإن حركــة المريض عمومًا طولية. يدخــل المرضى من جانب، ويتواجهون مع مجموعة متنوعة من نقاط التماس، سواء الإدارية أو الطبية، ويخرجون من الجانب الآخر. وهذا المســار الأساسي يتشابه ســواء عند التعامل مع الطوارئ أو مع القسم الداخلي. التجربة المثالية للمريض هي أن تكون جميع نقاط التماس فعالة وأن تكون جميع الانتقالات سلسة.

للتوضيح، والنظر في شيء ما يحدث كل ليلة على شريط لاس فيغاس. كما ذكرت ســابقًا، أمام فندق وكازينو ميراج تقع جاذبية البركان. لمدة ١٥ دقيقة كل ليلة منذ الساعة ٥ مساء وعلى رأس كل ســاعة حتى الساعة ١١ مساء، الأضواء، والموســيقى، والدراما، والنيران التي تندمج سويًا، لتبني الترقب والإثارة تصاعديًا والتي تبلغ ذروتها بالانفجار الناري. يرى الزائر هذا السحر، وهو غير مدرك للمئات من البرامج والعديد من الناس الذين يعملون من وراء الكواليس. بعد يوم من مشــاهدة هذا الترفيه الفريد من نوعه لأول مرة، تمكنت من إلقاء نظرة على ما يجري خلف الكواليس، خلال الجولة التشــغيلية تحت البركان. أزاحت الإدارة الستار لتكشف عن العديد من العمليات الخفية والتي عندما تجتمع تقدم تجربة متسقة، وقابلــة للتكرار للمشــاهدين. إن ميراج البركان لهو نموذج للتنفيذ الســلس المصمم لغرض تقديم تجربة لطيفة ورائعة للمستفيد.

إن رعايــة المرضى أكــثر تعقيدًا من جعل هذا البركان ينفجر. ومع ذلك، فإن النقطة هي نفسها. يجب علينا أن نضمن أن المرضى لا يرون أبدًا أو يجربون الدعم المعقد الذي يساند رحلتهم، ســواء العمليات، أو تكنولوجيا المعلومات، أو البشر. قد يؤدي التعرض للكثير مما وراء الكواليــس إلى تــآكل ثقة المريــض في نظامنا، حيث قد يبدو مفككًا وغير متســق. إن خلــق تجربة مثالية للمريض يتطلب العديــد من مقدمي الرعاية من مختلف التخصصات لتوظيف العمليات المعقدة التي تعمل معاً لتقديم ما يلبي تصور المريض في نهاية المطاف. بالنسبة للمريض، يجب أن تكون العملية أقرب إلى سماع الأوركسترا التي تجري بشكل جيد

معًا لخلق التناغم في التجربة وضمان الاتساق، والتنفيذ المتفوق، والانتقال السلس. إن المزج بين الاتســاق والدقة فيما نقوم به لا يضمن فقط تجربــة المريض المثلى ولكن يضمن أيضًا التمسك بالسلامة والجودة.

لفهم كيف نود أن يفكر موظفينا في تجربة المريض، دعونا ننظر في الطيران. لقد أتيحت لي فــرص الطيران على طائرات خاصــة والجلوس في المقدمة مع طواقــم الطيران وأن أفهم بشكل أفضل كيف يؤدون مهامهم. وفي إحدى هذه الرحلات، بعد الانتهاء من قائمة التدقيق قبــل الانطلاق وقبل أن نقلع، أبلغني أحد الطيارين أن هناك أوقاتًا لا يمكنني فيها التحدث معهم، وتحديدًا أثناء الإقلاع والهبوط وأثناء أحداث محددة في أثناء التحليق في الجو. عندما كنا نحلق في الجو، سألت لماذا توجد هذه القواعد العقيمة في قمرة القيادة. أجابني الطيار قائــلاً إن الإقــلاع والهبوط هما أكثر الأوقات خطورة للطياريــن، ويجب أن يكونوا في كامل تركيزهــم، ولا يمكن أن يتم صرف انتباههم، ويضاف إلى ذلــك، عندما تواجه الطائرة أنواع معينــة من الأحداث في الهواء، مثل الاضطرابات الثقيلة، يكون الشيء نفســه صحيحًا ايضًا. يركــز الطيــارون على التحليق بالطائرة بدلا من التحدث مع الــركاب. غالبًا ما كان يصيبني التوتر خلال فترات الاضطراب الشــديد، وكنت أتساءل لماذا لا يعلن الطيارون على الفور أن كل شيء عــلى مــا يرام. ويرجع ذلك إلى أن ارتياحي ليس هو الأولوية لديهم، فالأولوية هي ضمان سلامة الطائرة.

لــدى الخطوط الجوية مئــات الآلاف من الموظفين في جميع أنحــاء العالم، ويجب على قادتهم الموازنة بين العناصر نفسها: التنفيذ السلس من وجهة نظر تجربة العملاء والسلامة والجودة العالية. وقد حققت الخطوط الجوية ســجلات سلامة ملحوظة ويرجع السبب في ذلــك جزئيًا إلى الطريقة التي يضعون بها الأولويات التي يريدون لموظفيهم أن يفكروا فيها من بين ما يقومون به كل يوم، الخطوط الجوية تعطي الأولوية للسلامة فوق كل شيء آخر، ومن ثم تأتي الجودة، تليها تجربة العملاء. في صناعة الطيران، فأولوية السفر الآمن تتساوى عند الإقلاع والهبوط. أما الجودة العالية عند الســفر بالطيران فتتمثل في الإقلاع والهبوط في الموعد المحدد. وبإمكانك شخصيًا أن تُعرِّف تجربة عملاء الخطوط الجوية.

والآن دعونا نفكر في كيفية مناقشــة تعريف تجربة المريــض مع الناس الذين يقودون التجربة، وهم مقدمو الرعاية لدينا. إذا قبلنا أن كل ما يلمس المريض يشكل تجربة المريض،

فكيــف نســاعد موظفينا على التفكير في ذلك؟ كيف يمكننــا تعريف ذلك حتى نتمكن من البدء في فهم السبل لجعلها أفضل وأيضًا التأكد من أن التعريف يتناسب مع كل ما نقوم به لضــمان رعاية رائعة للمرضى؟ في عيادة كليفلاند، تجربة المريض لا تعني فقط رضا المرضى. بدلا من ذلك، نحدد تجربة المريض، أو ثقافة المرضى أولًا لدينا، كما يلي: أولًا، توفير الرعاية الآمنــة. ثانيًــا، تقديم رعاية عالية الجودة؛ ثالثًا، يتم ذلك في بيئة اســتثنائية مصحوبة برضا المرضى. وأخيراً، في بيئة واعية لقيمة الرعاية والاهتمام، أو كما أود أن أقول، «في كل ما نقوم به». (انظر الشكل ٢-٤)

المرضى أولًا

- الرعاية الآمنة.
- الرعاية العالية الجودة.
- رضا المريض.
- الرعاية عالية القيمة.

الشكل (٢-٤) ثقافة المرضى أولًا

فكر في ســبب أهمية هذا التعريف. الرعاية الصحية هــي في نهاية المطاف عمل يقوم عــلى تقديم الخدمات. لا يوجد بين الصناعات الخدمية الأخرى ما هو وثيق الصلة بالعميل أو شــخصي بأكثر مــما نقدمه نحن (في الرعاية الصحية) من رعايــة لمرضانا. ومع ذلك، فإن المشكلة الرئيسية هي أننا في نهاية المطاف نعمل في تقديم الخدمات لعملائنا الذين ليسوا دائمًــا على حق. مثال ذلك عندما أقوم بإجراء الجراحة لمريضة وأذهب إلى غرفتها في صباح اليوم التالي، أبلغها بأنها ســتقوم من السرير وتتمــشى. في اليوم التالي لعملية جراحية كبرى في البطن، يكون المرضى منهكين ويشعرون بالألم وبصفة عامة لا يرغبون في الحركة. غالبًا ما يقولون إنهم لا يستطيعون القيام بذلك. بمنتهى البساطة هذا الأمر ليس اختياريًا وبالتالي لا أستطيع أن أقول لها «لا بأس، سأعاودك مرة أخرى في الصباح وعندها سنرى كيف تشعرين» بل أقول لها إن عليها القيام من السرير وإن الممرضة سوف تساعدها على القيام بذلك.

عمومًـا هذا هو الوقت الـذي يتضايق فيه المرضى مني. وإذا لم أقم بشرح السـبب في أهمية المشي فسـوف يقومون بتحديـد تجربتهم وإدراكهم لي على أسـاس الاعتقاد بأنني كنـت دنيئًا وجعلتهم يقومون من السرير عندما كانوا يشـعرون بـالألم. ولكن عندما أبلغ المرضى بأنه من الأهمية بمكان أن ينصاعوا لذلك تجنبًا لحدوث المضاعفات وأنه أمر يتعلق بالسـلامة والجودة، يصبحون أكثر اسـتعدادًا للامتثال. لقد قمـت بضبط التوقعات وقمت بتوجيههم في طريقة تحديد تجربتهم مع الرعاية التي أقدمها لهم. إنني لا أدعهم يحددون تجربتهم معي على أساس أنهم متضايقون. بل أساعدهم على فهم تجربتهم وتحديدها من باب الحرص على سلامتهم.

في حـين أن المدافعـين عن المرضى قد يأخـذون موقفًا معاديًا من اقتراحي بأن نسـاعد المرضى على فهم طريقة تحديد تجربتهم، أرى في ذلك فرصة لزيادة مستوى مشاركة المرضى في الرعايـة الصحية. كل ما نقوم به للمرضى مهم، ولكنني أريد لهم أن يكونوا قادرين على إعطاء الأولوية لأهم عناصر تجربتهم. فالسـلامة تربح الرضا في كل مرة، وعندما نطلب من المرضى فعل أشياء قد لا يحبونها أو قد تجعلهم غير سعداء، فمن المهم أن نُفْهمهم لماذا.

أن يصبح لدينا تعريف يرتب الأولويات في طريقة تفكيرنا في الرضا نسـبةً إلى السـلامة والجـودة هو مهم أيضًا بالنسـبة لمقدمي الرعاية لدينا. كثيرًا مـا أتحدث إلى الأطباء الذين يـترددون في الانضمام إلينا، ويرتابون من جهودنا لتحسـين تجربة المريض. أسـمع بانتظام تعليقات سـاخرة من الزملاء الذيـن يتهمونني بأنني أهتم بـ «التبسُّـم» و «جعل المرضى سـعداء» أكثر من اهتمامي بالجودة، فأحيل هؤلاء الأشخاص إلى تعريف عيادة كليفلاند لما هو مهم في ثقافة المرضى أولاً، ونلاحظ أن أولويتنا الأولى ليست الجودة، إنها في الواقع توفير الرعاية الآمنة، تليها الجودة، ثم ضمان رضا المرضى. تلك هي عناصر الرعاية العالية القيمة.

إذا ما نسي جراح عالمي إعطاء المريض دواء لمنع الجلطات الدموية بعد الجراحة، وأدى ذلـك في وقـت لاحق إلى إصابة المريض بانسـداد رئـوي قاتل، فإن العمليـة التي أجريت بمستوى عالمي من خلال جراح من الطراز العالمي تصبح بلا أهمية.

الطريقة التي دَرَّسها لنا مقدمو الرعاية لدينا كي يقوموا بتعريف تجربة المرضى والتفكير فيها تشـبه الطريقة التي يريد برنامج التأمين الطبي لكبار السـن ”Medicare“ أن يفكر

بها الجمهور في تجربة المريض. فعندما تدرس تقييم مستهلكي المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتهــا (HCAHPS)، تدرك سريعًا جدًا أن تعقيد الأســئلة وتفصيلها يرتبطان بمســائل كثيرة أكثر أهمية من مجرد معرفة ما إذا كان المرضى ســعداء. فهناك تسعة أسئلة حــول التواصل مــع المريض، بما في ذلك كيفيــة تواصل الممرضات وكيفيــة تواصل الأطباء، وكيفية التواصل بشــأن الأدوية. بالتأكيد، إذا ما كان قياس تجربة المريض هو فقط عمّا إذا كان المرضى ســعداء، فلن نحتاج إلى تســعة أسئلة حول التواصل. ويرجع ذلك إلى أن تجربة المريض هي في الواقع أكثر ارتباطًا بالكيفية التي نقدم بها الرعاية.

وقــد ثبــت أنه عندما تواصل الممرضون بشــكل أفضل في أثناء رعايــة المرضى، وجد أن الأخطاء الدوائية، وقرح الفراش، والســقوط تقل[١١]. وبالتالي فإن تحسين التواصل التمريضي في أثناء الرعاية يؤثر بشــكل مباشر على كيفية ضمان ســلامة المرضى. عندما يتواصل الأطباء بشكل أكثر فاعلية مع المرضى والأسر، يزداد الامتثال للعلاج، وعندما يتواصل الأطباء وينسقون بشكل أفضل مع الممرضون، يكون هناك تحسن عام في جودة الرعاية. ليس هناك من شك في أنه عندما يتواصل جميع مقدمي الرعاية بشكل أفضل مع المرضى، يكونون راضين بشكل أكــبر ومــن الواضح أن ذلك له أثر مباشر عــلى تجربة المريض. وعندما نؤثر على الســلامة والجودة والرضا، فإننا نؤثر أيضًا على قيمة الرعاية الصحية. هذه هي النقطة المهمة: تحسين تجربة الرعاية التي نقدمها للمرضى لا يؤثر فقط على السلامة والجودة ورضا المرضى. ولكنه يؤدي إلى زيادة الفعالية، والكفاءة، وفي نهاية المطاف، زيادة القيمة في الرعاية الصحية.

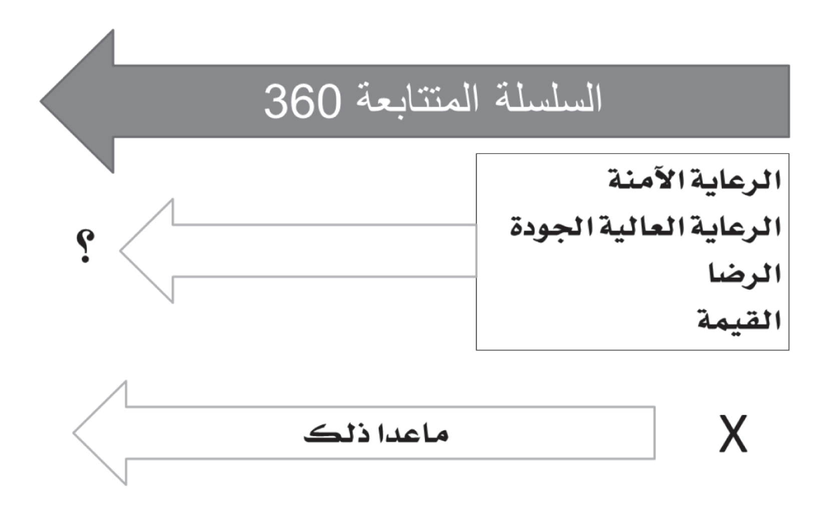
وكما أشــارت ليــا بينــدر (Leah Binder)، الرئيس التنفيذي لمجموعــة «ليبفروج» (Leapfrog Group) في إحــدى مدوناتهــا، «لا يزال العديد مــن مقدمي الخدمات غير مدركين أن تحســين تجربة المريض يتطلب شــيئًا أكثر من مجرد دراســة المســألة وتنفيذ بعض السياسات الجديدة. إنها تتطلب نقلة نوعية في طريقة تفكيرهم في دورهم في حياة المريض وأساسيات ممارســتهم» [١٢]. إن حديثها يلتفت إلى تعقيد وصعوبة وضع تعريف موحــد، وتؤكد تعليقاتها أيضًا عــلى أن الأمر ليس فقط مجرد إرضاء المرضى أو التأثير على إدراكهــم، ولكنــه في الحقيقة أيضًا كيفيــة إحداث التحول في تفاعلاتنــا، التي تدور حول تقديم الرعاية.

إن الأطباء والممرضين، وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية يقضون ساعات طويلة كل عام في تحسين معارفهم عن المرض وكيفية علاجه، ولكن كم الوقت الذي نقضيه في التفكير في طرق أفضل لتقديم هذه المعرفة للمرضى؟ والحقيقة هي أننا نقضي القليل من الوقت في ذلك، ويطلب من الأطباء في التدريب تقديم الرعاية على غرار النموذج الذي يقدمه معلموهم ومرشدوهم، ويتعلمون أساليبهم في التواصل وأنماطهم في التفاعل والتعامل مع المرضى بشكل عام من خلال محاكاة الأشخاص الذين يدرسونهم، وفي حين بدأنا في قضاء المزيد من الوقت مع طلاب الطب والأطباء المقيمين في تدريس الأشياء الأساسية مثل مهارات الاتصال، فما زلنا نقضي القليل جدًّا من الوقت في تعليمهم كيفية التفاعل مع المرضى. وعلاوة على كوننا، نقضي القليل جدًّا من الوقت أو لا وقت من الأساس فلا توجد أيضًا دورات دراسية مهمة قدمت، بغرض تدريس الأطباء أفضل الطرق للتفاعل مع المرضى. إن تقديم تعريف واضح وموجز لكيفية التفكير في تجربة المريض يسمح لكل مقدم الرعاية في المنظمة أن يفهم بوضوح توقعاتنا منه.

جمع الآراء معًا:

حالما تقوم بتعريف تجربة المريض، يصبح العنصر المهمُّ التالي هو تفعيل التحسين. دعاني زملائي من جامعة هارفارد لأن أقدم معهم في المؤتمر السنوي لعام ٢٠١٢ لجمعية إدارة الإنتاج والعمليات في شيكاغو. وطلب مني أن أصف كيف نقوم بتنفيذ التحسين في تجربة المريض. تحدثت عن جعل التوجه نحو المريض هو التوجه الصحيح للمنظمة، وعن أهمية أن نجعل من تجربة المريض أولوية إستراتيجية، وكيفية تعريف تجربة المريض لمقدمي الرعاية، وأثر القيادة الفعالة والخاضعة للمساءلة.

ثم ناقشت بعد ذلك كيفية وضع إطار للتنفيذ. إذا ما قبلنا أن إدارة التجربة تتطلب منا أن نفكر فيها على شكل سلسلة دائرية «٣٦٠»؛ فإننا نستطيع تحويل ال ٣٦٠ إلى مسار خطي، من خلال سهم يمثل الاتجاه الذي يأخذ في الاعتبار كيفية الترابط بين كل ما نقدمه للمرضى على طول هذا المسار. (انظر الشكل ٣-٤).

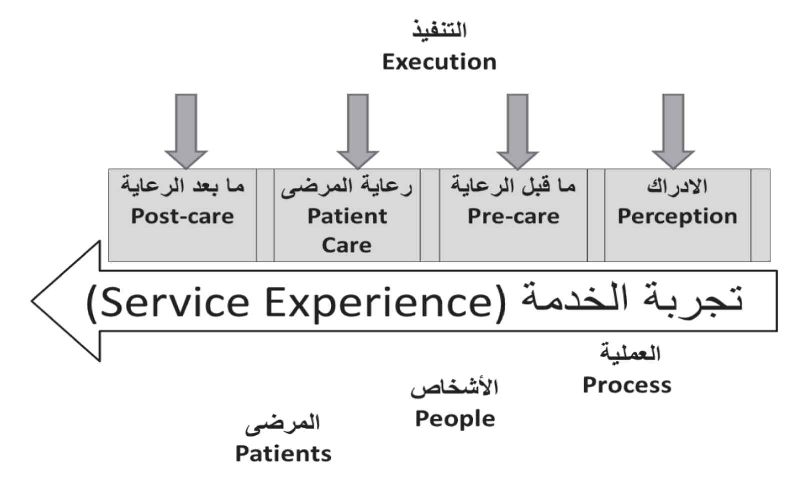


شكل ٣-٤ تعريف عيادة كليفلاند لتجربة المريض في السلسلة المتتابعة ٣٦٠

إن التحدي الذي يواجهنا هو إدارة كل شيء نقوم به عبر هذه السلسلة بطريقة متسقة وقابلة للتكرار، سواء كان متعلقًا بالسلامة أم بالجودة أو بتجربة المريض. كل نقاط التماس مع المريض يجب أن تكون متسقة وسلسة في تتابعها. وبالتأكيد، في أي منظمة ممثل تعقيد منظمتنا، لا بد أن يكون كل ما نقوم به للعملاء عبر هذه السلسلة المتتابعة متسقًا. هذا هو أساس التفكير النظامي. فعندما نحل المشكلات بعقلية النظام، دائمًا ما نفكر في طريقة تأثير هذه التغييرات أو التحسينات على العمليات الأخرى التي تصب فيها.

لإدارة هذه السلسلة السلسة بنجاح يتطلب إدارة التنفيذ في ثلاثة عناصر حاسمة: العملية، الأشخاص، المرضى، والتي أسميها إدارةالثلاثة (Ps) (3Ps) (انظر الشكل ٤-٤). ال (P) الأولى هي (Process) (العملية) والمستشفيات تعجُّ بالعمليات، ويجب أن تكون الأولوية الأولى لضمان أن تعمل عمليات المستشفيات الأساسية بكفاءة وفعالية.وبعد ذلك يمكنك أن تنظر في ماهية العمليات أو التكتيكات الإضافية التي سوف تحسن بشكل مباشر ما تقوم به بالفعل. ال (P) الثانية هي (People) (الأشخاص) وهم مقدمو الرعاية الذين هم أساسيون بالنسبة للمنظمة، إن ذلك يتمثل في كل شيء يتم القيام به من أجل إدارة والاستثمار في مقدمي الرعاية وتطويرهم، مع ثقافة من الوعي بأهمية الخدمة والاصطفاف حول المريض والتركيز عليه. ال (P) الأخيرة هي (Patient) (المريض). يحتمل ألا يكون هناك

عمــل يتطلب تنمية المزيد من الشراكات القوية مــع العملاء أكثر من الرعاية الصحية. إننا نعمل في مســاعدة الناس ولكننا أيضًا بحاجة إلى هؤلاء الناس لمســاعدتنا لا نستطيع القيام بذلك بمفردنــا، فكيف نثقف، ونشرك، ونُفَعِّل المرضى وأسرهم، فضـًلا عن إدارة توقعاتهم، لهو أمــر بالغ الأهمية لتحقيق الهدف الجماعي وهو تجربــة مريض رائعة. وعندما تتأمل إســتراتيجيات وتكتيكات التحســين وعند النظر في كيفية موازنة المــوارد، عليك تفهم مدى ملاءمتها لإطار عمل الثلاثة (Ps) (3Ps) وهو ما يساعدك على هيكلة التفكير والتنفيذ.



الشكل ٤-٤ إطار عمل الثلاثة (Ps) (3Ps) لتنفيذ تجربة مريض رائعة

إن تجربة المريض أمر بالغ الأهمية، ولكنها أكثر من مجرد جعل المرضى ســعداء. يجب أن يوفر التعريف لقادة الرعاية الصحية والموظفين إطار عمل يحدد لهم أولويات تفكيرهم. تمامًــا كما في صناعة الطيران، لا يجب علينا أبدًا ان نتســاهل فيما يعد أكثر العناصر أهمية ألا وهو تقديم منتج آمن. وإذا فقدنا الرؤية بشأن ما هو مهم، فإن جهودنا لتحسين تجربة ورضا المرضى سوف تصبح بلا قيمة. جنبًا إلى جنب مع توفير تعريف واضح، يجب علينا أن نوفر إطارًا للتفكير في التنفيذ. ومع مواصلتك في قراءة هذا الكتاب، عليك النظر في الكيفية التي تســاعد بها كل إستراتيجية وأسلوب تتم مناقشــته في دفع السلامة، والجودة، والرضا، وجميع ما نقوم به في مجال الرعاية الصحية.

الخلاصة:

١. إن تجربة المريض هي عن كيفية تقديمنا للرعاية، وليست عما إذا كان بوسعنا أن نجعل المرضى سعداء. فالأسئلة والمجالات التي تجدها في الدراسات الاستقصائية المعيارية مصممة لتقييم عملية تقديم الرعاية من قبل الممرضين والأطباء وغيرهم من المشاركين في الرعاية الصحية. فإذا كانت تجربة المريض هي فقط عن الرضا، لم نكن سنصبح بحاجة لتقييم الكثير من نقاط التماس مع المرضى.

٢. تجربة المريض يمكن أن تعني أي شيء بالنسبة للمرضى. فتجربة المريض تشمل كل ما يراه، يلمسه، يشعر به، يسمعه أو يفكر فيه المرضى، فيما يتعلق بتفاعلهم مع العمليات والأشخاص بداخل المنظمة خلال رحلتهم مع الرعاية الطبية. إن التحدي الذي نواجهه هو التعرف عليهم، وتقديم ما يحتاجون إليه، وإعادتهم حيث بدؤوا، وهو ما أطلقنا عليه مسمى «إدارة ال ٣٦٠ْ».

٣. تُعَرِّف عيادة كليفلاند تجربة المريض وتديرها على أنها العمليات التي تقدم الرعاية الآمنة عالية الجودة، وبأقصى درجة من رضا المريض في بيئة عالية القيمة. إن تقديم الرعاية الصحية هو في نهاية المطاف عمل خدمي، ولكن يجب أن نضمن أن أهم عناصر الرعاية الصحية -السلامة والجودة –تحصل على أولوية أعلى من الخدمة. وهذا ما يعد ضروريًا لضمان الربط بين جميع العناصر ولكي تتمكن المنظمة من إيصال رسالة الأولويات بوضوح للموظفين ومقدمي الرعاية.

٤. يحتاج الموظفون إلى تعريف واضح لتجربة المريض وما تريد من المرضى القيام به. المرضى يحتاجون إليه أيضًا لمساعدتهم على تأطير طريقة التفكير في تجربتهم حتى يتمكنوا من فهم أسباب ما يحدث. إن الفشل في ضبط وإدارة التوقعات المناسبة سوف يؤدي إلى قيام المرضى بتقييم أدائك بناء على إدراكهم الشخصي لبيئة الرعاية.

٥. تحسين تجربة المريض، أو قدرتنا على تنفيذ إستراتيجية يتطلب إطار عمل لتفعيل ما نقوم به. باستخدام الثلاثة (P) (Process) (العملية)، (People) (الأشخاص) و(Patient) (المريض). وهو ما يساعد المديرين والقادة على فهم مدى ملاءمة

الأساليب المختلفة لإستراتيجية المؤسسة. ويتيح هذا الإطار أيضًا للمنظمات أن تفهم بشــكل أفضل كيف تتناسب إســتراتيجية تجربة المريض مع الإســتراتيجية الشاملة للمنظمة.

الفصل الخامس
الثقافة بالغة الأهمية

الفصل الخامس

الثقافة بالغة الأهمية

كان مدخل المكاتب التنفيذية القديمة لدينا على الجانب الآخر من المصاعد في المستشفى الرئيس. وفي أحد الأيام بينما كنت أمشي في الرُّدْهةِ وقد أوشكت على الدخول إلى أحد المصاعد عندما لاحظت انسكابًا على الأرض. فذهبتُ على الفور للعثور على شيء لكي أمسحه. وبينما كنت عائدًا إلى الرُّدْهة ومعي المناشف الورقية، توقفت وشاهدت جميع الناس الذين كانوا إما يتجنبونه أو يخطون من فوقه. كان الناس يأخذون إجراءات مناسبة لتجنبه، ولكن أحدًا لم يفعل شيئًا ليعتني بالأمر. وكان العديد من موظفينا - الأطباء والممرضات والموظفين الآخرين - يتجاهلون المشكلة التي يمكن أن تسبب ضررًا للمريض.

دائمًا ما كنت أسأل عما قد أكون فعلته بشكل مختلف طوال رحلة تجربة المريض لدينا. وفي حين كنت أعترف فورًا بفضل عملية التجربة والخطأ التي قادتنا جميعًا إلى النجاح، إلا أنني كنت أجيب بلا أدنى تردد «الثقافة»، لقد تغيَّر اهتمامنا حيال المواءمة الثقافية وتطويرها وذلك منذ وقت مبكر. فالثقافة أمر بالغ الأهمية في مجال الرعاية الصحية!

الثقافة تؤثر على السلامة والجودة والرضا، وعلى كل شيء في منظمات الرعاية الصحية أو في أي منظمة. ولهذا؛ فإن المواهب البشرية هي أهم الأصول الثابتة لدينا، فهي المسؤولة عن تقديم كل ما نقوم به. ولكن كان سيصعب عليَّ، وكنت لتوي قد توليت مبادرة تجربة المريض، أن ألوح بشبح تغيير ثقافة المنظمة. كيف يمكن لحديث العهد نسبيًا بالمكان أن يتحدى الثقافة التي صنعت لعيادة كليفلاند نجاحًا كبيرًا منذ تأسيسها في عام ١٩٢١؟ ولم يكن ذلك ليكون خطوة أولى ذات مصداقية.

أُسِّسَت عيادة كليفلاند من قبل أربعة أطباء كانوا أصدقاء وزملاء في كليفلاند، أوهايو. خدم ثلاثة من الأربعة معًا في ساحات القتال في أوروبا الغربية في الحرب العالمية الأولى، حيث عملت فرق من الأطباء عن كثب لرعاية المرضى. ومع العودة إلى الوطن في الولايات المتحدة، حيث كانت ممارسة مهنة الطب شديدة التنافسية والاستقلالية، بلا أي حوافز

للعمل الجماعي. ولاعتقادهم أن هناك طريقة أفضل للممارسة، أسس هؤلاء الرجال عيادة كليفلاند «لتكون وحدة» للممارسة الجماعية للطب.

على مر السنين، وعلى الرغم من أنه كان من الصحيح أن الأطباء لدينا بشكل عام يتعاونون بشكل وثيق في رعاية المرضى، إلا أن العديد قد شعروا أن مُثُل المؤسسين قد تلاشت مع نمو المنظمة. لقد بدأنا كمركز صغير للإحالة المرجعية بالمستوى الثالث في مجال الرعاية التخصصية يتواجد في موقع وحيد. نحن اليوم منظمة كبيرة ومتنامية: منظمة هائلة بها حوالي ٤٣،٠٠٠ شخص في جميع أنحاء العالم. لدينا أكثر من ٣٠٠٠ طبيب وعالم. أولئك الذين لا يزالون هنا بعد أكثر من ربع قرن يتحدثون عن كيف كان الأمر مختلفاً عندما كان الطاقم الطبي لدينا يتألف فقط من ١٥٠طبيباً. وفي حين كانت ثقافتنا تدعم العمل الجماعي للأطباء، إلا أن مفهوم الفريق كان قد تآكل بفعل حجمنا، ولم يكن هناك بالتأكيد قوى عاملة تركز بشكل موحد على المرضى.

أيضًا لم تكن المنظمة تتمتع بسمعة طيبة في كونها لطيفة خصوصًا مع الموظفين أو المرضى، وهو ما أكدته دراسات المشاركة والرضا التي جرت وقت أن توليت دوري كمدير تنفيذي لتجربة المريض. وفي أحد ملتقيات القيادة التنفيذية الأخيرة، طلبت من زملائي اختيار صفات لوصف عيادة كليفلاند قبل أن يصبح كوسغروف الرئيس التنفيذي. لم يتردد طبيب عمل لفترة طويلة في القول بأنها «حقيرة» و «انتقامية»، ولا يوجد فيها ثقافة مواتية جداً للعمل الجماعي المرتكز على المريض! نحن نقدم رعاية طبية ممتازة، ولكننا لسنا ممتازين في رعاية المرضى أو التعامل معهم بتعاطف. ولم نكن حتى متسقين في التعامل مع موظفينا باحترام، وفعلًا قد كان ذلك شيئاً خبرته من قبل خلال فترة زمالتي.

كان كوسغروف يتندر في الكثير من كلماته بأن المرضى قد جاؤوا إلينا لتميزنا الإكلينيكي ولكنهم لا يحبوننا كثيرًا. أحد مرضاي، وهو أيضًا أحد الداعمين ماليًا لعيادة كليفلاند، كان يسخر من ثقافتنا في كل مرة كنت أراه فيها، كان قد أجرى جراحات في القلب والبروستاتا والظهر لدينا، وقال إنه جاء إلى عيادة كليفلاند لإجراء عملية جراحية بسبب الفنيين المدربين لدينا ولكنه عندما أراد أن يُعْتَنَى به كشخص ذهب إلى طبيب الرعاية الأولية الذي يعمل لدى المنافس الرئيسي لنا في المنطقة.

كان هنـاك عنـصران قويـان في ثقافتنا: العنـصر الأول، الأطباء، الذين يشـكلون كبرى مجموعات الممارسـة، العنصر الثاني، الجميع غيرهم. وغالبًا ما ستسمع غير الأطباء يتندرون بـأن في عيادة كليفلاند الأطباء هم كل شيء، فهو مستشـفى أسسـه الأطباء، للأطباء، ومن أجـل الأطباء. وضمـن مجموعة «الجميع غيرهم»، كانت هنـاك ثقافات فرعية تتألف من مجموعات كبيرة من أصحاب المصلحة، مثل التمريض، والتي تشكل نحو ثلثها. ولكن بشكل عام، كان ينظر إلى الطبيب على أنه الملك المتوج. كانت إحدى مبادرات تجربة المرضى المبكرة هي تخصيص جميع مواقف السـيارات بالقرب مـن مبانينا للمرضى، مما اضطر الأطباء إلى التوقـف بعيدا. أحد الأطباء الغاضبين كان يصرخ قائلًا: «ماذا تعني حقًا مقولة المرضى أولاً؟ أتعني أن الأطباء آخرًا» وكان رد كوسغروف «نعم!».

كنا قد انحرفنا بعيدًا عما اعتقد المؤسسون أنه ضروري لتقديم رعاية مميزة، وهو فرق العمل مرتفعة الأداء. أكيد أنهم لم يسـتخدموا عبارة «فرق العمل مرتفعة الأداء» بالعودة إلى العام ١٩٢١. ولكن استعراض تاريخ المنظمة وكلمات المؤسسين لا يدع مجالًا للشك حول ما كانوا يأملون في إنشائه [١]. لقد آمنوا بأهمية العمل الجماعي: إن دورك ليس هو ما يهم، ولكن المهم هو إسـهامك في تحقيق الهدف العام. وكوسغروف غالبًا ما يؤكد أن واحدة من أهم أولوياته هو حماية هذا المثل الأعلى.

بالإضافـة إلى التحدي «نحن-هم»، كانت العقبة الرئيسـية الأخرى التي تواجه المواءمة حول رؤية المؤسسـين لدينا هو أننا لم نعد مجرد مستشـفى واحد. كنا نظام رعاية صحية غير متجانس يعمل كشركة قابضة. كان لدينا تسـعة مستشـفيات مجتمعية في شمال شرق ولايـة أوهايو. كان كل منها مستشـفى أو نظامًا قائمًا بذاته له ثقافته الخاصة. كنا نُشـغل مستشفيات في فلوريدا وكندا، وكنا ندير مستشفيات في دولة الإمارات العربية المتحدة. كنا قد فقدنا إحساس البلدة الصغيرة ونحن ننمو لنصبح نظامًا متسعًا للرعاية الصحية. واحدة مـن أولى أولويات كوسـغروف عندما أصبح الرئيس التنفيذي هـو تحويل الشركة القابضة لدينا إلى شركة لتشـغيل الرعاية صحيـة، وتوحيد الخدمات والعمليـات في جميع المواقع، لخلق عيادة كليفلاند واحدة حقًا. وكانت المواءمة الثقافية هي جزء من هذه المهمة.

من الصعب تعريف الثقافة:

هناك عنصران بالغان في الأهمية يؤلفان الثقافة: العنصر الأول، الأشخاص الذين يشكلون المنظمــة، والعنصر الثاني، إلى أي مدى يتفانى هؤلاء الأشــخاص فيما يقومون به. هل يأتون للعمل لأداء مهمة وتحصيل الراتب؟ أم أنهم يعتقدون أنهم جزء من شيء خاص، ويعملون لصالــحٍ منظمة تحمل رؤية ورســالة وهل يقدمون كل ما لديهم لــكي يجعلوا منها منظمةً عظيمةً؟ سيطلق البعض على ذلك المشاركة؛ والبعض الآخر سيطلق عليه خلق ثقافة المِلكِية (التصرف كمالك وليس كموظَّفٍ).

العديد من الموظفين يذهبون إلى العمل، لأداء وظائفهم، ويعودون إلى ديارهم، ويبدؤون الكــرة مــن جديد في صباح اليــوم التالي. إنهم يعرفــون ما حدد لهــم في بطاقات الوصف الوظيفي، ويقومون به، بل ويقومون به بشــكل جيد. ولكن في مجال الرعاية الصحية، هذا غير كافٍ. يقول مارك هاريسون، المدير التنفيذي لشركة عيادة كليفلاند أبو ظبي: «أريد أن يأتي الناس إلى عملهم كل يوم وكأنهم أصحاب الشركة، ويستثمرون شخصيًا في نجاحنا»[٢].

إن الملاك يعيشــون رســالتهم، ورؤيتهم، وقيمهم. متحمســون ويهتمــون بما يفعلونه، ويبذلون جهداً أكبر لفهم كل شيء حول بيئتهم. وهم يحاسبون أنفسهم وفقًا لأعلى المعايير. انهــا الثقافة التي قال عنها الرئيــس التنفيذي للجودة دكتور جيه مايكل هندرســون، أنها ضرورية لتحقيق مستويات مرتفعة من الجودة والسلامة فضلا عن تحسين تجربة المريض. إن ثقافة الملكية الناجحة كانت ســتجعل الجميع يتوقفــون للاعتناء بالأرض المبللة بجانب المصعــد (كما ذكر المثال ســابقًا). إن تطوير ثقافة الملكية هو تحــدٍّ تواجهه كافة منظمات الرعاية الصحية.

لا أدعي أنني خبير في الثقافة التنظيمية، ســواء في تحديدها، أو في قياســها أو تغييرها. أو أننــي أتحدى فكر الخــبراء في هذا المجال. عند مراجعة «الثقافــة» من منظور أكاديمي، تجــد «الخبراء» لا يتفقــون حتى على تعريف الثقافة أو كيفية قياســها. وهناك أيضًا أنواع مختلفــة من «الخبراء:» بما في ذلك أولئك الذين يدرســون الثقافة وأولئك الذين يشــغلون مناصب قيادية ويكتبون عن كيفية تطوير ثقافات منظماتهم، إن إحدى النتائج التي أعتقد أنها مؤكدة؛ ويجب على الشــخص المســؤول حماية الثقافة وتحديدها. قال لي جوزيف م.

سكاميناس، رئيس مجلس الإدارة والرئيس التنفيذي لشركة أوم غروب (OM Group,Inc)، ونائب رئيس مجلس أمناء عيادة كليفلاند، إنه عندما أصبح الرئيس التنفيذي، كان أول عمل له هو التخلص من المستشـــارين الخارجيين في مجال التطوير التنظيمي «أعرف كيف أقود، وسيقوم فريقنا بتحديد الثقافة التي نحتاجها كي نكون ناجحين»[٣].

الــشركات الكبرى في غير قطاع المستشــفيات تميــل إلى أن نمط القيــادة من الأعلى إلى الأسفل؛ فالرئيس التنفيذي هو المسؤول عن التفكير في الرسالة وإدارة الثقافة. أما في الأوساط الأكاديمية، فهناك مجموعات متفردة وقوية من أصحاب المصلحة يجب النظر إليهم. حيث يميل أعضاء هيئة التدريس الجامعية إلى العمل بشــكل مســتقل، ولا يمكن الاستهانة بهم، ويجب استشارتهم حول التغيير الثقافي.

إن نموذج القيادة الســلطوية المتبع في الشركات لا يتناســب مع المستشفيات فهي أكثر مماثلة للأوساط الأكاديمية، وذلك بسبب المجموعات الكبيرة، المؤثرة لأصحاب المصلحة من الأطباء والتمريض. حيث يتم تعريف هياكل مستشفيات المجتمع تقليديًا على شكل مثلث، حيث تمثل كل زاوية من زوايا المثلث مجموعة رئيســية من أصحاب المصلحة، يشمل ذلك الإدارة ومجلس الأمناء والموظفين الطبيين. ومع تطور أهمية التمريض، قد يشير البعض إلى أن المثلث (التنظيم الهرمي) الكلاسيكي قد أصبح مربعًا (تنظيمًا شبكيًا).

فــما هو الإطــار الثقافي الذي يجب أن تتمتع به عيادة كليفلاند؟ هناك، ســمات ثقافية متفردة من النموذج الأصلي للمستشــفى وللممارســة الجماعية، وقــد انضم الآن إلى ذلك مستشــفيات المجتمــع والوحدات الأخرى كل بهويته التاريخيــة وثقافته الخاصة. إن لدينا مجموعة كبيرة من أصحاب المصلحة من الأطباء والتمريض والهويات المتنافسة، مثل التميز الإكلينيــكي، والتعليم، والبحوث. كيف يمكننا بالضبط وضع إطار لبرنامج التغيير الثقافي، وما الذي نرغب أن تكون هذه الثقافة عليه؟

لا يروقني تعبير «تغيير الثقافة» فالرســائل التي نبعث بها من خلال كل ما نقوم به في تجربة المريض وإن كانت مهمة جدًّا وكافية جدًّا، لكن لا أحد يريد أو يحب أن يتغير. وقد كانت عيادة كليفلاند واسعة النجاح وقت أن بدأنا التفكير بشأن الثقافة في مواجهة تجربة المريض، كنا بحاجة لأن نحتفي بما نحن عليه وبما أوصلنا إلى ذلك، وسيكون هنالك أشخاص،

وخاصة من الأطباء الذين انضموا إلى المنظمة منذ فترة طويلة عندما كان هناك ١٥٠ طبيبًا فقط، سيقولون لنا إن الثقافة كانت على ما يرام، وأننا لسنا بحاجة إلى تغيير أي شيء.

إن الإفصاح بقوة عن كوننا ذاهبين إلى «تغيير الثقافة» يحمل بين طياته احتمالية أن يبعث ذلك برسالة تخويفية للعقل الجمعي في داخل المنظمة ومن المرجح أن يؤدي ذلك إلى غياب أي دعم للمبادرة. وهناك مقال رائع في مجلة هارفارد لمراجعة الأعمال (Harvard Business Review) حول «المناعة التنظيمية» يقارن بين مهاجمة المنظمة للتغيير ومهاجمة الجهاز المناعي للمرض. [٤] مستدعيًا مقولة «الثقافة تفطر بالإستراتيجية قبل أن تتغدَّى بها»؛ لقد شعرت بالقلق من أن إستراتيجيتنا لتغيير الثقافة سوف تأكلها الثقافة الموجودة حاليًا في عيادة كليفلاند.

إن الثقافة في حالتها الحالية، حالة ما قبل التغيير هي ما أسميه حجر الأساس في المنظمة، ولن يمكنني أبدًا تعريف مجمل ثقافة عيادة كليفلاند، لكن يمكنني التنويه عن عدد من العناصر المحددة، مثل الابتكار والجودة العالية. إن ثقافتنا هي نتاج امتزاج ما يقرب من قرن من النجاح والفشل الذي أدى إلى ظهور منظمة ناجحة للغاية. ونحن سنأخذ هذا الأساس ونضع عليه ما كنا نحتاج إلى تعزيزه بدلًا من تغييره.

إن ثمة بديلًا عمليًّا وأكثر قابلية للفهم لتغيير الثقافة، ألا وهو البحث عن العناصر التي يجب أن تضاف إليها. أو تحديد العناصر التي لا تعجبنا ويجب علينا تعديلها. أو كيفية تطوير الثقافة بشكل جماعي بحيث نصل إلى حيث نريد أن نكون. أدرك أن ذلك قد يبدو وكأنه مجرد تلاعب بالألفاظ، حيث إن التعديل والتطوير يعني أيضًا التغيير. ولكنه يمثل تكتيكًا أكثر دقةً من تغيير الثقافة. إن ثقافة مؤسستنا هي صلبة من الأساس. نحن لا نريد أن نغير ما نحن عليه، ما نريده هو أن نحدد ما نريد أن نكون عليه ونتطور إلى هذا المستوى. وهذا هو النهج الذي اتخذناه. كنت أمازح «ملفين سامسوم» من المركز الطبي لجامعة رادبود Radboud University بشأن الفروق الدقيقة في التغيير الثقافي وأهمية احترام الماضي بينما نقوم ببناء الحالة المستقبلية. واتفق معي حول تجنب استخدام لفظ «التغيير» علانية وابتكرنا عبارة «تغيير الثقافة في وضع التخفي»[٥]، وهو بالضبط ما كنا نأخذه بعين الاعتبار في عيادة كليفلاند.

إن مشكلة تطوير الثقافة مشابهة جدًّا لتلك التي تتعلق بتحسين تجربة المريض: قليلون في الحقيقة من يمكنهم تعريفها أو التأثير عليها. هناك تعريفات متعددة للثقافة. أحد قادتنا كان يقول إن الثقافة هي «كيف نقوم بأداء الأشياء هنا:» دائمًا ما يبدو هذا مفرط البساطة، فهل هي الطريقة التي نقدم بها الطعام، أو نغسل بها الألبسة، أو نحقن بها الأدوية؟ هذه هي نوعية الأشـياء التي نؤديها في المستشـفى، فإذا ما كانت الثقافة تشمل كل ذلك، فمن أين نبدأ؟

هنـاك تعريفان للثقافة أعجب بهما على وجه الخصـوص، لأنها يُعرِّفان توجه المنظمة. أوضح تعريف للثقافة في المنظمات الخدمية هو من فورستر للبحوث: «نظام القيم المشتركة والسـلوكيات التي تركز أنشطة الموظفين على تحسين تجربة العميل»(٦). وباستبدال كلمة المريـض بالعميل؛ يكون لديك تعريف للثقافة في أي من منظمات الرعاية الصحية، تعريف لا يوضح فقط سـبب وجود المنظمة، بل يشـير أيضًا إلى من يتواجد في المركز منها ومن هو أكـثر أهميـة. إن تعريفي المفضل الآخر هـو نقلًا عن «إيدغر شـاين» (Edgar Schein)، الأستاذ الفخري في كلية سلون للإدارة في معهد ماساتشوستس للتكنولوجيا (Sloan School of Management at the Massachusetts Institute of Technology): «نمـط مـن الفرضيات الأساسـية المشتركة التي تعلمتها مجموعة أثناء حلها لمشكلاتها الخاصة بالتكيف الخارجي والتكامل الداخلي». [٧]

إن هـذه التعريفات تسـمح بمرونة عملية في الصراع مع تحـدٍ فكري وموضوع معقد. هدفنـا كقادة للرعاية الصحية هو أن نجعل الأشـخاص في منظمتنـا يركزون على الصواب بالنسبة للمرضى: خلق ثقافة المرضى أولًا. من يستطيع أن يجادل بشأن تعريف الثقافة على أنها الحاجة للحفاظ على المرضى في المركز (القلب)؟

وبتطبيق تعريف عيادة كليفلاند لتجربة المريض (الرعاية الآمنة، والرعاية عالية الجودة، والحـد الأقصى من رضا المرضى، والقيمة عالية)، يمكننا مراجعة تعريف فورسـتر على النحو التالي: ثقافة الرعاية الصحية هي نظام للقيم والسلوكيات المشتركة التي تركز نشاط مقدمي الرعاية على تحسـين تجربة المريض. وباستخلاص درس من شـاين حول التكيف والتكامل الداخلي، يمكننا المضي قدمًا للبناء على أسسنا.

لقد واءمنا ثقافتنا حول المريض. كنا نعتقد أن الناس إذا ما فهموا أن السبب الحقيقي لقدومهم للعمل كل يوم هو رعاية الناس، فبإمكاننا تحسين تجربة المريض والثقافة. ثم حددنا ما هي المكونات اللازمة للتحرك نحو الهدف النهائي.

الثقافة تبدأ باختيار الأشخاص المناسبين:

إن مدى نجاح المنظمة في توظيف المواهب وإدارتها هو الذي يحدد درجة نجاحها. وقد كانت المستشفيات تقليديًا تنفذ إستراتيجية موارد بشرية معاملاتية إلى حد ما. حيث تقوم إدارات الموارد البشرية بالإعلان عن فرص العمل، والفحص الأولي للمتقدمين، والمساعدة في التوظيف، وإدارة ضبط الوقت وكشوف الرواتب، وتسهل مراجعة الأداء، وإجراء المعاملات الأخرى اللازمة لإدارة القوى العاملة. إن الإدارة الإستراتيجية للمواهب (القوى العاملة الصحية)، التي ذاع صيتها مع دراسة (McKinsey & Company) ماكينزي آند كومباني للاستشارات عام ١٩٩٧[٨]، هي شيء مختلف تمامًا عن إدارة الموارد البشرية الخدمية. فإدارة المواهب تحول الموارد البشرية من مجرد وظيفة خدمية إلى وظيفة إستراتيجية تؤثر على المنظمة في «مصادر، واستقطاب، واختيار وتدريب وتطوير الموظفين والاحتفاظ بهم، وترقياتهم، وتنقلاتهم داخل المنظمة» [٩]. إن إدارة المواهب تربط بين إستراتيجية المنظمة وعملية الموارد البشرية بحيث تحصل المنظمة على أشخاص أكثر ميلاً إلى المواءمة مع أهداف وغايات المنظمة، وتجعل وظيفة الموارد البشرية تلتف حول الرسالة والرؤية والقيم وأهداف المنظمة، وهذا يختلف عن مجرد ضمان حصول الناس على رواتبهم.

فالشركات الكبرى تنفق الكثير من الوقت للتأكد من استقطابها للأشخاص المناسبين لثقافتها، فعلى سبيل المثال، تقدم (زابوس) (Zappos)، مكافأة بقيمة ٤٠٠٠ دولار أمريكي لكل موظف جديد عند ترك العمل، فإذا ما أخذ الموظفون الجدد المال، فهم غير ملتزمين بما عليه الشركة وبالتالي فهم غير مرغوب فيهم. جين ليم (Jenn Lim)، الذي شارك في تأسيس شركة تسمى «تقديم السعادة» (Delivering Happiness) مع مؤسس زابوس توني هسيه (Tony Hsieh)، تصف فلسفتها حول «التوظيف المتأني والفصل السريع؟» [١٠] لضمان أن تكون الثقافة التي تحاول الشركة خلقها مَصونةً.

معظم الناس يختارون مهنة الرعاية الصحية بناء على رغبة أصيلة لديهم للمساعدة في رعاية نظرائهم من البشر وعلى الرغم من أن ما يلي غير مدعوم إحصائيًا إلا أنني أقَدِّر أن قرابة ٨٥ في المائة من موظفينا يأتون للعمل كل يوم مكرسين أنفسهم تمامًا لما يفعلونه. وعشرة في المائة قد لا يكون لديهم الدافعية بشكل تام ولكنهم ربما متوائمون مع رسالتنا ومع ما هو مهم. ومن المحتمل أن خمسة في المائة لا يعبؤون إذا ما كانوا يعملون في مستشفى أو في سلسلة مطاعم للوجبات السريعة. تحتاج مجموعة العشرة في المائة إلى أن يتم تحفيزهم أو ربما ينبغي ألا يعملون في مجال الرعاية الصحية، بينما تحتاج مجموعة الخمسة في المائة للرحيل. نادي الـ ١٥ في المائة هذا قد غاب عنه سبب العمل في مجال الرعاية الصحية ;حيث ينظر الناس في هذه المجموعة للعمل على أنه مجرد وظيفة، ولا يحب ولا يلتزم برعاية المرضى، وربما ليس لديهم الانتماء. دورنا كقادة ومديرين هو محاولة الارتقاء بالـ ١٠ في المائة ومحاولة اقتلاع الـ ٥ في المائة. وتشير الدراسة الخاصة بمشاركة الموظفين بشكل كبير إلى إحدى النقاط المهمة: أن وجود موظف سيئ لا يشارك وغير منتج ومزعج قد يتسبب في إحداث عدوى لقطاع كبير من القوى العاملة.

إن إستراتيجية الموارد البشرية في عيادة كليفلاند قد ركزت سابقًا على إدارة معاملات الناس. وعندما أصبح كوسغروف رئيسًا تنفيذيًا، اعترف بالحاجة إلى تحسين كبير في إدارتنا لرأس المال البشري. وقد أجرى بحثًا على المستوى الوطني عن رئيس جديد للموارد البشرية، وعثر على المرشح المثالي متمثلًا في جوزيف باترنشاك (Joseph Patrnchak)، الذي كان لديه خبرة واسعة في هذه الصناعة، وكان آخرها مع بلو كروس بلو شيلد بماساتشوستس (Blue Cross Blue Shield of Massachusetts). وكانت مسؤوليته الأساسية هي تحويل إدارة الموارد البشرية في عيادة كليفلاند من عملية تركز جدًّا على الإجراءات إلى عملية ذات توجه إستراتيجي.

بدأ باترنشاك عمله بتحديد المكونات الرئيسية لدورة حياة إدارة المواهب (القوى العاملة) لدينا وإعادة تنظيم الموارد البشرية حول المجالات الوظيفية لدينا. وقد أنشأ إدارة استقطاب وتوظيف المواهب وأعاد بناء منظمة التعلم والتنمية والتي كان قد تم القضاء عليها. قام باستقطاب وتوظيف أعضاء الفريق ممن لديهم خبرة واسعة في الموارد البشرية.

وكانت إستراتيجية التوظيف لدى عيادة كليفلاند تقوم على العثور على أناس لشغل الوظائف فحسب، بشكل آلي جدًا. ثم قدم باترنشاك ممارسة «التوظيف للأنسب؛» قاصدًا أن نُقَيِّم مدى مواءمة المرشحين للمنظمة، على غرار فندق ريتز كارلتون، الذي «يختار فقط أكثر مقدمي الضيافة حماسة ومهارة» [11]. كنا نريد أن نتأكد من أننا وظفنا فقط أناسًا من فئة الـ ٨٥ في المائة، ملتزمين بحماس بالرعاية الصحية ومساعدة الناس. وقد أدخلت الموارد البشرية فحص الجدارات لما قبل التوظيف حيث بدأت اختبار ميل المتقدمين للعمل الجماعي، والخدمة، وغيرها من الجدارات التنظيمية المهمة. هذا الأسلوب وحده أقصى حوالي ٢٠ في المائة من المتقدمين.

بدأ باترنشاك قياس ارتباط الموظفين ووضع خطط عمل لتحسين الرضا والمشاركة. ودافع بقوة عن اعتماد برنامج قوي للمكافآت والتقدير يدعى احتفالات الرعاية وحقق في نهاية المطاف اعتماده على نطاق واسع. وأقنع القيادة بأن الرضا الوظيفي لا يتوقف على التعويضات وحدها، ولكنها عملية متسقة من تقدير الموظفين بمنحهم شهادات التقدير، والجوائز، ونقاطًا لشراء الهدايا ولها نفس القدر من الأهمية. وكانت هذه التكتيكات وغيرها من مبادرات الموارد البشرية الرئيسية حاسمة بالنسبة لعملنا بشأن التطور الثقافي. فنحن بحاجة إلى العثور على الأشخاص المناسبين، وتوجيههم إلى المنظمة وأدوارها، وتطويرها إلى الأداء المرتفع. كان باترنشاك في طليعة المؤيدين لمفهوم الجميع هم مقدمو رعاية، وليسوا فقط مجرد موظفين.

مفهوم العمل الجماعي (جميعنا في ذلك من أجل المرضى):

لقد كان اعتماد مسمى «مقدم رعاية» لجميع من في المنظمة هو خطوة أولى مهمة للبدء في مواءمة ثقافتنا حول فلسفتنا المريض أولًا. عندما أصبحت في البداية مديرًا تنفيذيًا لتجربة المريض، طلبت من إحدى مريضاتي تسجيل جميع مقدمي الرعاية الذين التقتهم في أثناء إقامتها في المستشفى. وفي نهاية خمسة أيام من الإقامة، بدون مضاعفات لإجراء جراحة في البطن، قالت إنها التقت ثمانية أطباء، وأكثر من ٦٠ ممرضة، وكثيرين آخرين (مسؤولي النظافة والإشراف الداخلي، مقدمي الطعام، مقيمي الجراحة تحت التدريب، جراحي الزمالة تحت التدريب، أخصائيي سحب العينات ومتطوعين، وطلاب الطب، وما إلى

ذلك) وعندما دخلت إلى غرفتها يوم الخروج من المستشفى، اعتذرت قائلة «التقيت بالأمس ثلاثة أشخاص آخرين جددًا ونسيت أن أسألهم عن أسمائهم».

إن عدد من قدموا الرعاية لمريضتي كان شـيئًا فتح أعيننا، ومع التسـليم بأنهم ليسـوا جميعًا منخرطين بشكل مباشر في تقديم الرعاية الطبية، ولكن لكل من هؤلاء الموظفين دور مهمٌّ في تقديم الرعاية بشـكل عام، وكل منهم يمكن أن يؤثر ليس فقط على كيف وجدت تجربتها، ولكن أيضًا على كيفية الجودة والسلامة المقدمتين.

كانت إقامة مريضتي روتينية إلى حد ما. وكان من الممكن أن تؤدي المضاعفات الجراحية إلى تمديدها، مما يعني المزيد من الرعاية الطبية المتخصصة، والمزيد من الرعاية التمريضية، والمزيد من سـحب عينات الدم، وربما المزيد من الإجراءات مثل الأشـعة السـينية، والمزيد مـن الوجبات، والمزيد من الأيام التي تحتاج فيها الغرفة إلى تنظيف وبالتالي، التعرض لعدد أكـبر من الناس، وجميعهم يلعبون دورًا مهـمًّا في الرعاية والتأثير على إقامتها. إن مثالي قد اقتـصر على الأشـخاص الذين التقتهم المريضـة. لكن عائلتها وأصدقاءها قد لمسـوا أماكن عدة في المستشـفى لم ترها المريضة أبدًا، مثل مواقف السـيارات، ومتجر الهدايا، والممرات، والكافتيريا.

طريقـة تعريـف كل هؤلاء الناس للثقافة عادة ما يتم إغفالـه في الرعاية الصحية. لقد سـمعنا جميعا شـكاوى كتلك: «إقامتي في المستشـفى كانت رائعة، باسـتثناء فني سحب العينـات والـذي ظل يوخز ذراعي، ولم يتمكن من الحصول عـلى الدم، ولم يعتذر قط» أو «إن إحـدى الممرضات كانت حقًّا وضيعة معي» أو «د. ميرلينو كان رائعًا، ولكن في كل مرة تجيء فيها طبيبته المقيمة لرؤيتي، كانت تضيء الأنوار في الساعة السادسة صباحًا وتوقظني فزعـة». إن تقديم مفهـوم «الجميع مقدمو رعاية» كان مهمًّا للغاية للبدء في تعزيز العمل الجماعـي وإقناع الجميع أنهم مهمون في رعاية المرضى. فكل من في المنظمة مهمون، ولكل منهـم دور يلعبه، ويجب أن يصطف مـع الفريق حول المرضى. هذا هو كل ما يدور حوله شعار «المرضى أولًا».

إن مفهوم تقديم الرعاية ليس معقدًا. إذا كنت تربي أطفالًا، فأنت مقدم رعاية. إذا كان لديك آباء كبار السـن أو زوج مريض، فأنت مقدم رعاية. إن اعتبار أن الجميع هم مقدمو

رعاية لا يختلف عما يتم في الكثير من المؤسسـات الخدمية الأخرى ذات الأداء المرتفع مثل شركـة والت ديزني التي تدعو موظفيها أعضاء طاقـم التمثيل أو شركة فندق ريتز كارلتون التي تشـير إلى موظفيها السـيدات والسـادة الأفاضل. تقديم الرعاية هـو ليس فقط هو الخدمة ورضا المرضى. ليس عليك أن تكون طبيبًا أو ممرضة لمساعدة المريض. إذا رأى عامل خدمـة الطعام عند تقديمه لصينية الطعام مريضًا أصيب بالتشـنجات، فيمكنه مسـاعدة المريض عن طريق استدعاء المعونة.

لا يقصد بإطلاق مسمى مقدم رعاية على الجميع أنهم جميعًا متشابهون. ولكنه ينطوي على هدف مشترك. ويعني ضمنًا أننا جميعًا في ذلك، وأن المساواة قائمة، وأن الجميع يجب أن يعاملوا معاملة عادلة. لكي نعزز ثقافة المشاركة بقوة بين مقدمي الرعاية، يجب ألا يكون هناك أي قدر من التسـامح مع سوء معاملة المرضى وسوء معاملة مقدمي الرعاية لبعضهم البعض. ويتطلب التنفيذ الناجح أيضًا مساءلة الجميع، بصرف النظر عن دورهم. يجب على منظمـة الرعاية الصحية ألا يكون لديها معياران، واحد للأطباء وآخر لغيرهم. يجب ألا ندع الأطباء يفلتون بسـلوك سيئ لا يمكننا التسـامح معه إذا بدر من موظف آخر. إن المساواة في المنظمة عن طريق إطلاق تسـمية مقدم رعاية على الجميع يعيد تعيين هدفنا، وبشكل أسـاسي جـدًّا، يذكر الناس لماذا يأتون للعمل كل يوم. إنهـا أيضًا خطوة مهمة للحصول عل أشـخاص يدركـون أنهم جزء من فريق يعمل بقوة على رعايـة المرضى. فإذا كنت تعمل في عيـادة كليفلاند، فأنت جزء من رسـالة المنظمة، التي تقدم الرعايـة للمرضى. لذلك فأنت مقدم للرعاية.

لم يكـن الحديث عن تسـمية الجميع «مقدم رعاية» أمرًا سلسًـا. فقد كان لدينا بعض الأطبـاء الذيـن جادلوا بقوة أنه إذا لم تكن ممرضًا أو طبيبًا، فلسـت مقدم رعاية. وبالمثل، كان لدينا العديد من الموظفين الذين لا يتعاملون أبدًا بشـكل مباشر مع المريض يرون أنها ليسوا بأي حال من الأحوال مقدمي رعاية. لقد استمعنا إلى هذه الآراء ولكننا كنا مستمرين بحزم. وكما أشـار باترنشـاك في كثير من الأحيان، فهذا ليس فقط مسمى نطلقه على بعضنا البعض، ولكنه تغيير للطريقة التي نفكر بها في مواهبنا من الموارد البشرية. وأشـارت عيادة كليفلاند لفترة طويلة إلى الأطباء باسـم «الموظفين المهنيـين» مما يعني ضمنًا للكثيرين أنه

إذا لم تكن طبيبًا أو عالمًا، فلن يتم تقديرك كمهني، إن مسمى «مقدم رعاية» يبعث برسالة مبطنة ولكنها مهمة تفيد بأن الجميع مقدرون.

يجب على الجميع أن يعرف الأهداف:

كل هذه النقاط بشأن المواءمة حول تقديم الرعاية تنطبق بشكل مساوٍ على المواءمة التنظيمية حول الأهداف المهمة. في وقت مبكر بعد أن توليت منصب المدير التنفيذي لتجربة المريض، عقدنا ملتقى لأحد مستشفيات المجتمع لدينا. وكان كل القادة والمديرين من بين الحضور، وكان الغرض منه هو مشاركة المجموعة في تحسين تجربة المريض. افتتح الملتقى بلعبة تدريبية لإذابة الجليد (Jeopardy-like icebreaker). وكان كل خمسة أو ستة أشخاص يجلسون حول كل طاولة يعتبرون فريقًا ويتناوبون الإجابة عن أسئلة من اللوحة التي أمامهم. وقد اختارت إحدى الطاولات فئة «السلامة» وقد قُلِبَت البطاقة لتكشف عن عبارة «التعرف على المرضى بشكل صحيح» واستفسر مدير الجلسة عما إذا كان أي شخص على الطاولة يمكن أن يجيب عما تعنيه هذه العبارة للمستشفى، لكنّ كلَّ مَن في الفريق لم يتمكن من الإجابة، لذلك أُعيدَت قراءة العبارة على الغرفة بأكملها، ومرة أخرى، يصمت الجميع! لم يكن أحد يعرف ما تعنيه العبارة ولا كيف ترتبط بالرعاية الصحية، كان أمرًا لافتًا للنظر وجديراً بالمشاهدة، لم يكن هناك مدير واحد من المستشفى بأكمله، وجميعهم من كبار القادة، يمكنه تعريف أحد الأهداف الوطنية الستة للجنة المشتركة (Joint Commission) في مجال سلامة المرضى خلال العام الحالي [١٢].

لقد أثارت هذه الواقعة إدراكًا آخر مذهلًا بالنسبة لي، يمكننا تدريب أفراد الجمهور على الاتصال بالرقم ٩١١ في حالات الطوارئ، وتجنب المصاعد أثناء حريق المبنى، ووضع أقنعة الأكسجين الخاص بهم في حالة اختلال ضغط كابينة الطائرة قبل مساعدة أي طفل. ولكن كيف لم يتمكن أي من القادة في مستشفى مجتمعي كبير معتمد من اللجنة المشتركة أن يحدد بشكل صحيح أحد المتطلبات الرئيسية لسلامة المستشفى، الذين هم جميعًا مسؤولون عن إدارته. هل كانوا غير أكفاء؟ غير مدركين؟ هل يذهبون إلى وظائفهم كل يوم متجاهلين متطلبات السلامة الأساسية التي تساءل عليها جميع المستشفيات؟ ليس تمامًا.

وبمقاربة هذه القصة مع حساباتي فيما يتعلق بعدد الأشخاص الذين ساعدوا على رعاية المريضة التي أجريت لها الجراحة. فكل شـخص يؤثر ليس فقط على تجربة المريض ولكن على كيفية تقديم الجودة وتوفير السلامة لدينا.

إذا وافقنا على أن الأولوية القصوى في المستشـفى هي السـلامة وأن الجميع مسؤولون عن ذلك، فنحن بحاجة إلى ضمان أن المنظمة بأكملها ملتفة حولها. كل شـخص من هؤلاء الأشـخاص الذين قاموا برعاية مريضتي كان يمكن أن يكون له تأثير على سـلامتها. بالنسبة لي كجـراح، فهي تتمثل في التأكد من التزامنا بإجراءات محددة، مثل إجراء اجتماع للفريق الطبي مع المريض قبل بدء العملية. أما بالنسـبة للتمريض، فتتمثل في التحقق المزدوج من الأدويـة التي تُعطَى للمريض. وبالنسـبة لعامل خدمة الطعـام، فتتمثل في التحقق من أن المريض يتلقى النظام الغذائي الصحيح. وبالنسبة لعامل الخدمات البيئية، فتتمثل في التأكد من أن الغرفة نظيفة ومرتبة لمنع الجراثيم والسقوط. كل شخص له دور فردي مهم، ولكنَّ لدينـا أيضًا دورًا جماعيًا هو أن نتواجد من أجل المريض. وعلينا أن نتحمل المسـؤولية عما يقع في المركز مما نقوم به، ألا وهو المرضى أولًا.

إذا رأينـا في المستشـفى مريضًا ليس بكامل إدراكه ويحاول القيـام من السرير أو لديه تشـنجات، فلا يحتاج الأمر إلى أن نكون حاصلين على شـهادة طبية لكي نعي أن هناك شيئًا غير صحيح، وأنه يجب علينا طلب المسـاعدة فورًا. الشيء نفسـه ينطبق على الذهاب إلى غرفـة مريض ورؤية بلل على الأرض. حيث ينبغي لأي من جموع مقدمي الرعاية أن يدرك أن هذا يشكل خطرًا ويفعل شيئًا لتصحيحه إما بمسحه أو تحذير الناس والاتصال بخدمات النظافة. إن لنا جميعًا دورًا في السلامة.

الآن قم بتطبيق هذا المفهوم على جانب الرضا في تجربة المريض. يجب على كل شخص يتفاعل مع المريض وأسرته إظهار نفس المجاملة والتعاطف والرحمة. علينا أن نكون جميعا لطفـاء، وأن نظهر الاعتنـاء، ونحاول أن نكون معينين. يجب على كل شـخص يدخل غرفة المستشفى أن يستخدم إطارَ عملٍ أساسيًّا للتفاعل. النقطة هي أن الجميع يحتاج إلى التوجه نحو المريض.

أن نصبح معياريين:

في رحلتنا لتطوير ثقافتنا، اعتمدت عيادة كليفلاند شعار المرضى أولًا، وجعلت من تجربة

المريض أولوية إستراتيجية، وأعادت تسمية الموظفين بمقدمي الرعاية. الآن حان الوقت لجذب العناصر الأساسية الأخرى، بما في ذلك الرسالة المشتركة للمنظمة، والرؤية، والقيم.

بعض المستشفيات التي كنا قد استحوذنا عليها (في عيادة كليفلاند) كان لديها رسائل وقيم مختلفة. وكان تحركنا نحو التكامل يتطلب منا أن نفكر في النهاية في عيادة كليفلاند واحدة ومتحدة. كانت الرسالة الأصلية لمؤسسينا هي، «لتوفير رعاية أفضل للمرضى، وبحث مشكلاتهم، ومواصلة تعليم أولئك الذين في الخدمة». وأصبحت الرسالة الموحدة لنظام عيادة كليفلاند الصحي بأكمله، وهذا يعني أن الرسائل الموجودة منذ زمن طويل في بعض الكيانات المستحوذة تم تنحيتها جانبًا، حيث كان كوسغروف يشعر بقوة أن نجاحنا إنما ينبع من الرسالة المحددة لمؤسسينا، وبمساهمة من المنظمة بأكملها، أبدع الفريق التنفيذي رؤية جديدة تبلور زيادة التركيز التنظيمي على المريض وتؤكد على أن سعينا لتحقيق التميز سيكون مستمرًا.

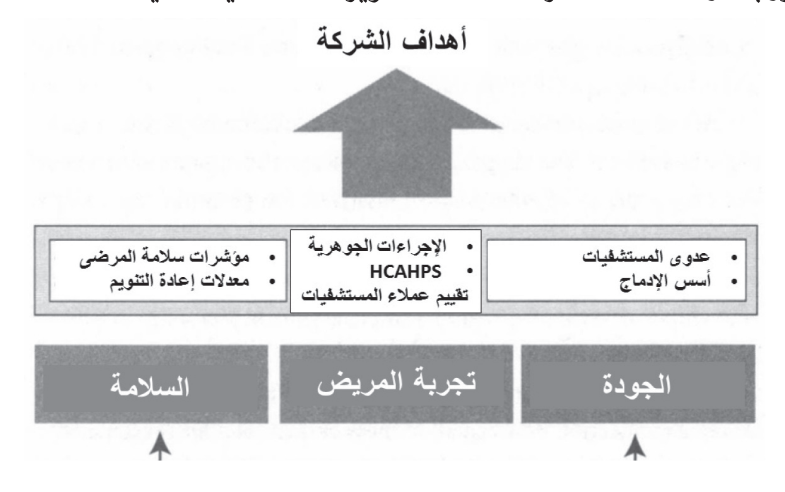
وأصبحت رؤيتنا هي «السعي إلى أن تكون عيادة كليفلاند الرائدة عالميًا في تجربة المريض والنتائج السريرية والبحث والتعليم». قد أضفنا لقيمنا الأربع الحالية المعروفة باسم «الأركان الأربعة» (الجودة والعمل الجماعي والابتكار والخدمة) أضفنا الرحمة، للتحدث عن الجانب الإنساني من تقديم الرعاية. وأضفنا النزاهة أيضًا لتعزيز ما أردنا أن يصطحبه مقدمو الرعاية للعمل في كل يوم.

وفي الوقت نفسه، الذي كنا نلتزم فيه برسالة مشتركة، وصياغة رؤية جديدة، وتعزيز قيمنا، كانت المنظمة تعمل على مجموعة متنوعة من المبادرات الرئيسية الأخرى. فعلى سبيل المثال، كان هناك دَفعة كبيرة لتحسين الجودة. وبدأنا في تكامل عمليات نظامنا الصحي. وكانت الموارد البشرية تجري التحول في القوى العاملة من خلال برامج العناية الصحية بالموظفين والتخطيط لإدماج وإشراك الموظفين. في خريف عام ٢٠٠٩، وعندما كان فريقنا التنفيذي يقوم بالإعداد للعروض التقديمية للملتقى الختامي للعام للقادة على مستوى المنظمة، أصبح من الواضح تمامًا أننا نفتقر إلى الارتباط بين كل هذه المساعي. كانت عروضنا على نحو مربك وغير منسق، وغادر الرئيس التنفيذي المحبط الغرفة.

عندما اجتمعنا مرة أخرى لمعالجة مشكلة اتساق التركيز والرسالة، بدأ السيد مارتن هاريس، الرئيس التنفيذي للمعلومات الذي كان ينظم ملتقى التخطيط، في استعراض أهم

إنجازاتنـــا وما أخذناه على عاتقنا. وأشـــار إلى وجهة نظرنا «المــرضى أولًا» ورؤيتنا «لتجربة المريض» الرائعة. وعلق باترنشـــاك على «أهم أصولنـــا في المنظمة» ألا وهي موظفونا، وقد اتفقنـــا جميعًا على أهمية ســـلامة المرضى وجـــودة الرعاية وغيرها من المبـــادرات الأخرى، واصل هاريس حثنا على التفكير في توحيد محاورنا الرئيســـية، ومن هنا جاءت لحظة تجلي للمنظمة، جهودنا لتحســـين ســـلامة المرضى والجودة وتجربة المريض ســـوف توحد مقدمي الرعاية لدينا، لقد جددنا التزامنا بضمان أن يكون مقدمو الرعاية راضين ومشاركين بفاعلية، ومفتاح تحقيق أهداف مشروعنا كان القوة الـــعاملة المرتبطة والمشـــاركة بفعالية، وربطنا بينهـــا، وأقررنا أخـــيرًا أننا بحاجة إلى معاملة موظفينا (مقدمـــي الرعاية لدينا) مثلما نعامل مرضانا (عملائنا).

في ملتقى التخطيط الإســـتراتيجي بعد ذلك ببضعة أســـابيع، قدمت شريحة توضح أن تحسين السلامة والجودة وتجربة المريض يتطلب منا بناء والحفاظ على ثقافة تبنى على مقدمي رعاية مشاركين، وراضين للغاية، وهي التي من شأنها أن تسمح لنا بتحقيق أهداف منظمتنا (شـــكل ١-٥). رســـالة وجدت صدى لدى كوســـغروف وقادتنا. أحد رؤساء المعهد راســـلني بالبريد الإلكتروني بعد عرضي التقديمي، قائلًا لقد وجدناها. كانت الرســـالة بسيطة وكانت الروابط واضحة، هذه الرسالة دشنت تطويرنا لثقافة عيادة كليفلاند.



شكل ١-٥: ثقافة مقدمي الرعاية سوف تمكننا من تحقيق أهداف منظمتنا.

في ظل قيادة كوسغروف، وضعت منظمتنا أساسًا مهمًّا لتعزيز رأس المال البشري لمنظمتنا. حيث قمنا بتحديث البنية التحتية للموارد البشرية لدينا، وركزنا على تنمية موظفينا، وبدأنا في تغيير طريقتنا في التحدث إلى بعضنا البعض بما يعيدنا إلى أسس منظمتنا. لقد أكدنا على رسالتنا، وقمنا بتعزيز رؤيتنا، وأضافنا مكونات فارقة لقيمنا. بعد ذلك سوف تأتي مهمة شاقة وهي الحصول على اصطفاف الموظفين في الواقع.

وإليكم بعض الخطوات المهمة للنجاح عند التفكير في إعادة الحيوية لثقافة المنظمة:

١. حدد أو طور رسالة ورؤية وقيم تنظيمية موحدة. ومن المهم أن تتناسب الرسالة والرؤية والقيم مع المنظمة بشكلها الحالي. إذا كانت المؤسسة مكونة من وحدات أعمال مختلفة، فيجب توحيد معيار الرسالة والرؤية والقيم.

٢. لا تحاول تغيير ثقافتك. فالأشخاص لا يروقهم أن يُدْفَعُوا للتغيير، والمنظمات تمثل محصلة لنجاحاتها وإخفاقاتها، للجيد وللرديء. وينطبق ذلك بشكل خاص على المؤسسات التي تتمتع بإرث طويل من النجاح. تساءل عما تريد أن تصبح أو تكون عليه المنظمة في المستقبل، ومن ثم قم بصياغة إستراتيجية لتحدد ما أنت عليه في الشكل الحالي وما تحتاج إلى القيام به لتحقيق ما تريد أن تكون عليه في المستقبل.

٣. استفد من إرث مؤسستك لدفع جهودكم. فكل منظمة لديها قصة تستحق أن تروى. إن تاريخ المنظمة غالبًا ما يكون هو الدافع لرسالة المنظمة ويمكن أن يكون نقطة انطلاق مهمة للمناقشات حول تنمية الثقافة التنظيمية. استخدم تاريخ مؤسستك لإيقاد العاطفة وصياغة خارطة الطريق للمستقبل.

٤. عليك أن تدرك أن مفتاح نجاحك هو موظفوك. والمنظمات الكبيرة تستثمر بشدة في موظفيها. تأكد من التعامل مع موظفيك بشكل جيد. وستؤدي مشاركتهم إلى دفع المنظمة إلى النجاح وتحقيق أهدافها.

٥. تنفيذ إستراتيجية إدارة المواهب التي تتضمن العناصر الحيوية التالية:

- العثور على الأشخاص المناسبين. إذ لا ينبغي أن يعمل كل الأشخاص في مجال الرعاية الصحية. والهدف من ذلك هو ضمان أن يكون الأشخاص ملائمين لثقافة المنظمة.

- قــم بتوجيه وتدريب الموظفين الجدد على نطاق واســع عــلى دورهم الجديد، والأهداف، والتوقعــات التنظيمية، ليس فقط التي تم التعاقد معهم للقيام بها ولكن اللازمة أيضًا للمواءمة الثقافية.
- عليك بتوفير فرص التطوير بحيث يصبح لدى موظفيك مسارٌ وظيفيٌّ.
- قم بقياس الارتباط (المشاركة) للحفاظ على التعامل مع «نبض» للمنظمة.
- عليــك أن تقدر الموظفــين وتكافئهم لإثبــات قيمتهم بالنســبة للمنظمة وقم باستحضار الإنجازات. الموظفين يريدون أن يعرفوا أن الإدارة تهتم بالعمل الجيد الذي يقومون به لدعم المنظمة.
- عليــك إنهاء رحلة الذيــن لا ينتمون للمنظمة. فقد يكــون لوجود موظف غير مشــارك ولا يدعم رسالة المنظمة عواقب سلبية على إدارة بأكملها. إن الموظفين المجتهدين والمشاركين سوف يستاؤون من وجود مثل هؤلاء الناس حولهم.

٦. قــم بتعزيز مفهوم العمل الجماعــي: «نحن جميعًا في هذا معًا» بالنســبة للرعاية الصحيــة، «نحــن جميعًا مقدمو رعاية» لا يهم ما هي وظيفــة كل فرد في المنظمة، ولكن جميع الوظائف يجب أن تدعم وتســاند رســالة المنظمــة. وعلى الجميع أن يتحمل مســؤولية تجربــة «العميل»بل وأبعد من ذلك، يحتــاج الجميع إلى تحمل المسؤولية عن كل ما تقدمه المنظمة لعملائها.

الفصل السادس

المواءمة التنظيمية: تجربة عيادة كليفلاند

١٣٠

الفصل السادس

المواءمة التنظيمية: تجربة عيادة كليفلاند

منذ إدخال شعار «المرضى أولًا»، كان هناك مناقشات حول كيفية غرس هذا الهدف بقوة أكبر في ثقافة المنظمة. ابتكار الشـعار، الذي يجعل من تجربة المريض أولوية إسـتراتيجيةً، وتجديد الرسـالة، الرؤية، والقيم، وتعيين مدير تنفيذي لتجربة المريض ثبت أنه ليس كافيًا. وبينما يمكننا أن نشير إلى عدد من قصص النجاح في تحسين تجربة المريض في الوحدات وفي مخاطبـة التواصل مع الأطباء، لم يتم مواءمة مقدمي الرعاية ولم يعايشـوا تجربة المريض. أصبح واضحًا أن علينا أن نفعل شيئًا حتى يتسنى للجميع تفهم أهمية تجربة المريض. نحن بحاجة إلى إحداث صدمة في النظام. كنا بحاجة إلى برنامج تدريبي يشـارك فيه كل من هو على متن السفينة.

على الرغم من أنه لم يكن لدينا سوى القليل من البحوث التفصيلية عن تجربة المريض في ذلـك الوقت، إلا أننـا كنا جميعًا نعرف من خلال الروايـات المتناقلة أن المرضى يهتمون تقريبًا بكل شيء. لن يكون مسـتوى جـودة الرعاية الطبية أو مـدى تغطية كل الحوادث المحتملة المتعلقة بالسلامة أمرًا مهماً إذا كان من قام بجمع العينات وقحًا في إيقاظ المريض، أو إذا ما بدت الممرضة منشـغلةً، أو إذا لم يقم الطبيب بتوضيح الأمور بشكل تام، سيغادر المريض بإدراك سلبي عن الخدمة. نحن نحتاج إلى استحضار شيء تحولي لكي نجعل الجميع يلتفون حول المريض.

لقد كان السـبب واضحًا جدًا وعلى الرغم من جهودنا المبكرة، كانت نتائج تقييماتنا في تجربة المريض لاتزال سـيئة وكان المرضى يشكون بشكل مسـتمر وفي كثير من الأحيان من أشـياء بسيطة مثل السلوك الفظ، عدم معرفتهم لما يجري بشأن رعايتهم، وضعف التنسيق بين مقدمي الرعاية. وكانت الضغوط علينا جميعًا تتصاعد لكي نتغير.

كنا نسبيًا حديثي عهد بالتفكير المرتكز على المريض، ولم يكن لدى أحد في منظمتنا خبرة في التعامل مع مبادرات التغيير الثقافي على مسـتوى عيادة كليفلاند بأكملها. وفي جلسـتنا

حول الإســتراتيجية في نهايات العام ٢٠٠٩، التزمنــا بتطوير ثقافة تقوم على «ارتباط ورضا» مقدمــي الرعاية من أجل تحقيق أهــداف المنظمة. وهو ما يعني بوضوح الاصطفاف حول المريض. وكان كوســغروف قد تحدث عن ذلك ولكننا حتى وقتها لم نكن بعدُ قد فعلنا أيَّ شيء لتحقيق ذلك التغيير. لقد كنا متأخرين، وكان هو محبطًا.

لقد تعلمنا من الآخرين:

ومن أجل البدء في بناء برنامجنا التدريبي للمواءمة الثقافية، قام عدد من أعضاء فريق تجربــة المريض وآخرون من إدارة الموارد البشرية باتخاذ منظمات تعرف بتقديمها لخدمات رائعــة كمرجعية للمقارنــة المعيارية (Benchmarking). لقــد اهتممنا بمنظمات الرعاية الصحية ولكننا أردنا أن نتعلم أيضًا مما هو خارج الصناعة (صناعة الرعاية الصحية). وكانت الأهداف الطبيعية هي شركات الضيافة وغيرها من رواد الخدمة.

تديــر مجموعة إنتركونتيننتــال الفندقيــة (The Intercontinental Hotels Group) المنشآت الفندقية لعيادة كليفلاند، وقد كان كامبل بلاك (Campbell Black)، المدير العام والإقليمي كريمًا في السماح لنا بقضاء يوم مع القيادات العليا لديه. حيث أعطونا نظرة من وراء الكواليس على كيفية قيامهم بتطوير الموظفين وحفاظهم المســتمر على ثقافة الخدمة الممتازة. ولقد أدلى بلاك بعدة نقاط مهمة جدًّا، حيث سلط الضوء على الحاجة إلى التدريب المســتمر والتقدير المستمر لكل عمل جليل. كما شــدد كذلك على الطريقة التي توائم بها إنتركونتيننتال كل شيء حول العميل ومحاسبة الموظفين على التزامهم بقيم المنظمة.

هناك منظمة أخرى قمنا بزيارتها هي هيوســتن ميثوديست (Houston Methodist) والتي تبذل جهدًا كبيرًا في التطوير المســتمر للثقافة. فهناك برنامج يسمى تجربة هيوستن ميثوديست (Houston Methodist Experience)، وهو عبارة عن جهد تدريبي وتطويري مســتمر، ويبدأ فيــه الموظف في بداية رحلته مع المنظمة، ويســتمر طــوال حياته المهنية في المنظمــة. مــارك بوم (Marc Boom) بوصفه رئيسًــا يقول: «إن الأمــر يبدأ من مجلس إدارتنا ويستمر في المرور عبر المنظمة»[1]. وتتمحور تجربة هيوستن ميثوديست (Houston Methodist Experience)، حول مفهوم يسمى آي كير (I care)، الذي يقوم على النزاهة،

الرحمة، والمساءلة، والاحترام، والتميز. ويتوقع من كل موظف تجسيد قيم آي كير (I care)، في كل ما يفعله للمنظمة [٢]. وتهدف تجربة هيوستن ميثوديست (Houston Methodist Experience)، لغرس هذه المفاهيم في كل الموظفين.

من خلال المقارنة المرجعية (Benchmarking) التي قمنا بها ونقاشاتنا مع قادة قطاع الخدمات في جميع أنحاء البلاد، أصبح من الواضح أن الثقافة التنظيمية هي أصل من أصول المؤسسة. ومثل أي أصل من الأصول الرئيسية الأخرى، لابد من تنميته، والحفاظ عليه، والاستفادة منه كأداة لتحقيق الأهداف التنظيمية. إن المنظمات التي فعلت ذلك جيدًا خلقت ثقافة الانتماء التي رغبنا فيها. ووجدنا أيضًا أن الالتزام بمجموعة من القيم كان مشهدًا متكررًا. وبالإضافة إلى ذلك، علمنا أن جهود المواءمة الثقافية لن تكون ناجحة ما لم يتم التركيز على الاستدامة في وقت مبكر بحيث تصبح جزءًا من العمل التنموي. وكانت جميع البرامج التي قمنا بمعايرتها تمتلك عناصر الاستدامة التشغيلية الطويلة الأجل لضمان النجاح المستمر. وشملت الأساليب الرسائل المؤسسية المتسقة والاجتماعات الدورية للمديرين. وتشمل العناصر المهمة الأخرى للاستدامة قياس المشاركة والارتباط الوظيفي وبرنامج التقدير والمكافآت، والبنية التحتية المهمة للموارد البشرية والتي كنا نقوم بتطويرها بشكل سريع.

طريقة التقديم هي أمر أساسي:

في تصميم برنامجنا، كان من الضروري إيصال معلومات لكي يتذكرها الموظفون ويقومون بتغيير سلوكهم. وتظهر بحوث التعلم أن الناس يحتفظون بنحو ١٠ في المائة مما يقرؤونه [٣]. التعليم التعليمي التقليدي يزيد من الاحتفاظ إلى ٥٠ في المائة. ولكن مع تفاعل المتعلم والمشاركة في الأنشطة الجماعية في مجموعات صغيرة تشمل عروضًا مرئية، وإتاحة الفرصة لتبادل الأفكار، والقصص، يجعل الأمر ممتعًا وأكثر اتصالاً بالناس ويمكن الناس من الاحتفاظ بنسبة تصل إلى ٩٥ في المئة وتجعلهم يتبنون السلوكيات التي تبحث عنها. يجب أن يكون برنامج التدريب الثقافي برنامجًا تفاعليًا هادفًا، وأن يكون هدفنا ليس فقط تعلم مفاهيم جديدة ولكن تبني طرق جديدة لفعل الأشياء.

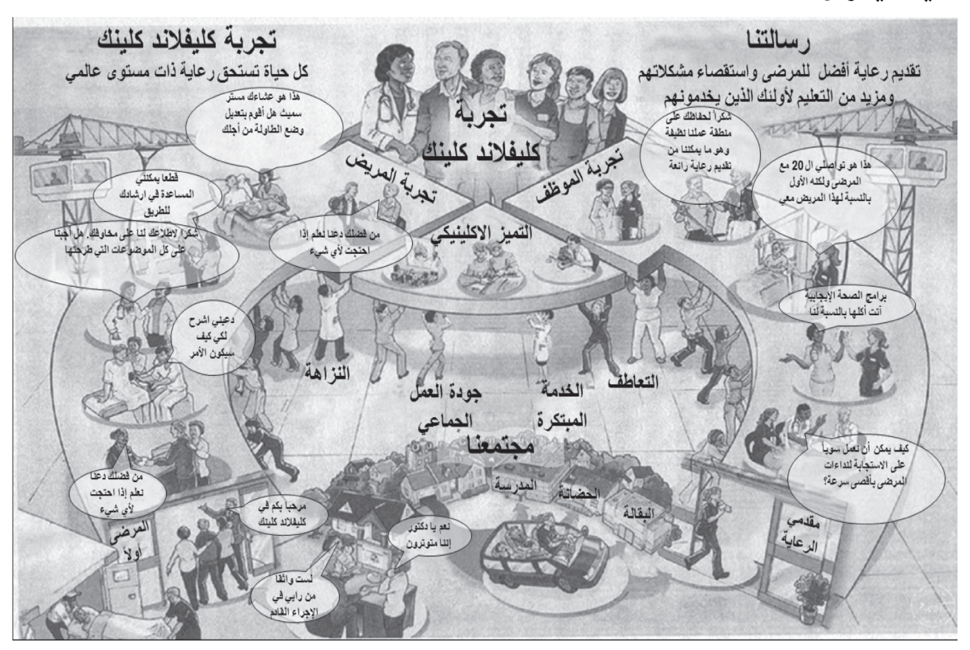
وقـد أوصى الفريـق بأن يُبنى برنامجنـا حول أداة عرض مرئية تدعـى خريطة التعلم. إن خريطـة التعلـم هي تمثيل بصري للمحتوى بشـكل أثبت فائدتـه كأداة نافعة لتحفيز الحوار بين المجموعات الصغيرة. تم تأييد فكرة خريطة التعلم من قبل أحد كبار التنفيذيين في المـوارد البشرية رجي سـتوفر (Reggie Stover)، الذي تم اسـتقطابه من شركة بيبسي (PepsiCo)، حيث استخدم هناك تكتيكات مماثلة. وكان قد بدأ العمل على تطوير خريطة التعلم قبل أن أصبح مديراً تنفيذيًا لتجربة المريض.

عندمـا قُدم لي مفهوم خريطـة التعلم لأول مرة، أعترف أنني كنت متشـككًا. ولم أكن أعرف شـيئاً عن أسـاليب تغيير الثقافة، ولكن أذكر قلقي من أنه إذا كان هذا هو أفضل ما لدينا، فإننا في ورطة. بعد أن تم وصف البرنامج لي، لم أفهم تمامًا كيف ستعمل هذه الأداة. اعتقدت أنه لا يوجد أي وسـيلة لكي يوافق الناس على القيام بذلك، دع عنك الاعتقاد بأنها يمكنها أن تطور ثقافتنا. وكانت سـلفي قد نسـفت الفكرة تقريبًا وذلك بأن أطلقت عليها "اللعبة لوحية» (board game) وكنت أتفق معها في ذلك سرًا (انظر الشـكل ١-٦). حيث قدمنا نصيحة لكوسـغروف أن منح ٤٣٠٠٠ شخص إجازة لمدة نصف يوم من العمل بغرض الجلوس حول طاولة والتحدث عن المرضى أولاً باسـتخدام شيء يشـبه لعبة اللعبة لوحية» (board game) يبدو أمرًا غير معقول!

لكننـي بـدأت في تغيير رأيي حول مفهـوم خريطة التعلم عندمـا التقيت أردن بريون (Arden Brion) المدير الإداري لشركة رووت (Root, Inc.)، الرائدة في تكنولوجيا خرائط التعلـم، التي اسـتخدمت هذا الأسـلوب بنجاح كبـير في شركات أخرى، منهـا العديد من الشركات التي تحتل موقعا في قائمة فورشـن لأفضل ٥٠٠ شركة (The Fortune500) . قام بريون بتوضيح المفهوم وقام بتحفيزي بشـأن أهمية استخدام أداة مرئية لتوجيه النقاشات الجماعية لفرق العمل الصغيرة، موضحا أن التفاعلية التي توفرها تمارين خرائط التعلم هي أحد أسـباب نجاحها. كما ناقش أيضًا أهمية وجود موظفي عيادة كليفلاند لتعبئة المحتوى عـلى الخريطة بحيث يصبح خاصًا بهم. كان ذلك هـو المدخل إلى مفهوم «منا وإلينا» لقد اسـتقررنا على أداة خريطة التعلم؛ لأنها تفاعلية وستشرك مقدمي الرعاية في تطوير ما هو مهم للمنظمة ومناقشة الطرق التي من شأنها المساعدة في تحقيق أهداف المؤسسة.

وللمضي قدمًا في تطوير برنامج التدريب، شــكلنا فريقاً مشــتركاً بقيادة مكتبي (مكتب تجربــة المريض) والموارد البشرية. وكانت (Donna J. Zabell) دونا ج. زابيل، عضو فريقي لتجربــة المريض والتي عملت لفترة طويلة كمدير للتمريض بقســم عمليات القلب تحت إدارة كوســغروف، وتومــاس فيرنون (Thomas Vernon)، وهو مســؤول تنفيذي في إدارة الموارد البشرية يتمتع بخبرة تنظيمية وتعليمية، سيتولون القيادة المشتركة للمشروع.

قام فريق شركة رووت (Root, Inc) بجمع مدخلات من عدة مديرين تنفيذيين رئيسيين لتحديد المواضيع الإستراتيجية التي ستشملها الخريطة وطريقة تجميع المعلومات وقد أشار كوسغروف إلى الفور على أهمية التأكد من أن الجميع يفهمون السبب وراء وضعنا للمرضى أولًا، كما أردنا تضمين تثقيفٍ عن التميز في الخدمة وبعض التدريب على المهارات العملية، وبعــد أن قمنا بتحديــد العناصر الرئيســية. عقدنا مجموعات الاهتمام المشــترك (Focus Group) قام فريق بريون من شركة رووت (Root, Inc) بإدارة النقاشات لتحديد المحتوى وكيف يُعْرَض.



الشكل ١-٦ خريطة التعلم

وتمثيلــه عــلى الخريطة. حيــث قام مصممو الشركــة بتصميم الخريطــة في أثناء وقت جلسات مجموعات الاهتمام المشــترك. مشاركة الموظفين من مختلف أنحاء المنظمة كانت أمرًا ضروريًا. لم يتم فقط وضع إطار لكيفية إيصال الرســائل؛ لكنهم قاموا أيضًا بإبراز عددًا من القضايا المهمة بالنســبة لنا، مثل طريقة النقاش حــول تعريف وقياس تجربة المريض، أهميتها، وصلتها بالمواضيع الرئيسية.

وقد علمتني ممارســة مجموعات الاهتمام المشــترك (Focus Group) درسًا مهمًّا أيضًا عــن أهمية الحضور والرعاية مــن قبل الإدارة التنفيذية. في البدايــة، لم يكن من المقرر لي حضور الاجتماعات؛ حيث كنت ما زلت في مرحلة التأقلم مع دوري وبصراحة لم أكن أعتقد ان هنــاك احتيــاج لوجودي. وقال زابيل إنه إذا لم أحضر، فلــن يأتي أحد. وقالت «لن يأخذ أحــد الأمر بجدية عليك إخبارهم أنه مهم». لقد تجادلنا حول ذلك الأمر، لأنني لم أكن بعد واثقًــا مــن أنني آخذ هذا الأمر على محمل الجد. أخبرتني زابيــل بأدب بأنه ليس لدينا أي شيء آخر لنفعله ونحتاج إلى أن نقوم بتجربة هذا الأمر وأن نعمل على نجاحه. لذا وافقت، ولقد كانت عملية رائعة تستحق المشاهدة. فلقد كان هناك مجموعة متنوعة من الأشخاص في الغرفة، بدءًا من القيادات التنفيذية العليا ورؤســاء الأقســام في المستشــفيات، وقيادات التمريض وانتهاء بمقدمي الرعاية في الخطوط الأمامية. كان الكثيرون متشــككين في البداية، ولكن وبينما كان يتم رســم الخريطة في ذلك الوقت كان بإمكانك أن ترى المدخلات تتزايد في قوتها والمحادثات تشــتد. كان الناس يشاركون وينشطون، ورغبة في التوصل إلى الصواب من أجل المنظمة؛ كان الحماس هو الشعور السائد.

على الجميع المشاركة، حتى الأطباء:

لقد قررنا مبكرًا أنه إذا كنا نود أن نكون ناجحين، فسيتوجب على كل موظف - مشمولًا في ذلك الأطباء - المشــاركة. ســوف يصل الموظفون إلى موقع الحدث، ويقومون بتســجيل الدخــول، ويتم توزيعهم عشــوائيًّا على طاولــة مع من ٨ إلى ١٠ آخريــن. ويكفل التوزيع العشــوائي أن يقابل الجميع وجوهًا جديــدة وأدوارًا مختلفة. أردنا أن يتشــارك الموظفون خبراتهــم وردود فعلهــم مع أناس مختلفــين، ليس فقط أولئك الناس الذيــن يعرفونهم أو يرتاحون إليهم لأنهم يعملون في نفس المهنة أو في نفس وحدة العمل. حول طاولة يمكن أن

يجتمع جراح المخ والأعصاب، مع مسـؤول خدمة صف السيارات، مع ممرض، مع الشخص المسـؤول عن التنظيف. لطالما كنت أشير إلى تجربة عيادة كليفلاند على أنها «تدريب رائع على التعرف على الفوارق بين المسـتويات الإدارية» فلا يهم ما كنت تفعله للمنظمة - لمدة نصف يوم، فأيًّا كان الأمر فسـتظل أحد مقدمـي الرعاية الذين يعملون في عيادة كليفلاند وتدعم رسالتها.

وقرر الفريق أن يكون هناك مُيسِّر (مدير حوار) في كل طاولة مسؤول عن إدارة المحتوى. والتأكد من أن كل مكون من المكونات قد تمت تغطيته، وعلى مدار ثلاث سـاعات ونصف يقوم الميسرون بتوجيه المناقشة حول كل مكون من المكونات الواردة في الشكل ١-٦. ويكون الميسرون أيضًا مسؤولين عن التعامل مع الفوارق بين المستويات الإدارية في الذكاء العاطفي بين المشـاركين على الطاولة، والتقليل من الكلام المفرط واجتذاب الأشـخاص الأكثر هدوءًا، للمشاركة وهو ما يعد مهمًّا في تحقيق المشاركة الجماعية الفعالة. وكان إيجاد عدد كاف من الميسرين مهمة هائلة. في البداية، ضم الميسرون أشـخاصًا من فريق التخطيط وغيرهم من مكتب تجربة المرضى ومكتب التعلم وتطوير الأداء. لقد نظرنا في تعيين ميسرين متعاقدين، لكننـا أردنا أن نكون صادقين في قناعاتنا بأن يكـون «موظفونا هم من يعلمون موظفينا» ومـع طرح البرنامج تدريجيًا، قمنا بملاحظة المشـاركين لتحديد ميسرين إضافيين، وقد قمنا في نهاية المطـاف بتدريب أكثر من ٤٠٠ ميسر في الطليعة من مختلف التخصصات والمهن، وكان أحد الميسرين دهانًا يعمل في العمليات وكنا نكنيه بمودة «جو الدهَّان» وقد أصبح هو فتى الغلاف للبرنامج الذي تم تصميمه وتنفيذه من قبل أشخاص من عيادة كليفلاند فقط.

وقد جرت عدة مناقشـات بشـأن التكلفة، متضمنةً أحد السجالات الحامية في اجتماع للفريـق التنفيذي. حيث كانت قيادة التمريض لدينا قلقة للغاية بشـأن فقدان الإنتاجية. بالمعنى القياسي المعتاد، سيكون هناك فقدان الإنتاجية من خلال أخذ نصف يوم من وقت كل موظف. إن هذا الوقت المستثمر قد يؤثر على رعاية المرضى إذا كانت إنتاجية الممرضات هي مائة في المائة من الوقت على مدار السـاعة، لكنها ليسـت كذلك. هذا المنطق ينطبق على معظم الموظفين في جميع أنحاء المنظمة، مشمولًا في ذلك الأطباء. الجراحون، على سبيل المثال، فهم لا يعملون طوال اليوم. وبالنسـبة لموظفين مثل الصرافين أو رجال الأمن الذين

تقاس فعاليتهم بعدد الساعات التي يقفون فيها في وظائفهم، فنعم، سيتعين أن تتم تغطية نوباتهــم، ولكــن من المرجح أن يكــون –في معظم الأحيان-لوجود الأشــخاص خارج موقع العمل لمدة أربع ســاعات تأثير ضئيل على العمليات والإنتاجية. إن إدارة المشــاركة في هذه العمليــة تتطلــب تفكيرًا وتعاونًا، ولكننا كنا نعتقد أنه يمكن القيام بذلك دون التأثير ســلبًا عــلى العمليات. وفي الواقع، لم يحدث تأثير ســلبي. في العام الذي قمنا فيه بتمرين ٤٣٠٠٠ موظف في تجربة عيادة كليفلاند، ســجلنا واحدة من أفضل سنواتنا من ناحية عدد المرضى والأداء المالي. قد يقول بعض النقاد بأن السنة كانت ستكون أفضل لو لم نقم بالتمرين. بينما أدافع أنا بأن العام كان جيدًا لأننا قمنا بتجربة عيادة كليفلاند. إذا ما هو الفيصل في ذلك؟

وكان هناك أيضًا نقاش كبير حول كيفية تقييم نجاح البرنامج. كيف يمكنك قياس التغيير الثقافي (أو التنمية الثقافية كما أســميها أنا)؟ من الواضح أن هذا ســيكون صعبًا جدًا. مع عناصر مثــل التي كنا نحاول التأثير عليها، وتجربة المريض، والشــكاوى، وارتباط الموظفين، قد يستغرق الأمر سنة أو أكثر لمعرفة الفرق. لا توجد أيضًا قياسات مباشرة للنتائج لإخبارك بــأن الثقافــة قد تم تعديلها. لذلك بوضــوح كانت تعد مقامرة. لقد كنــا نشرع في برنامج مكلف جدًا ولم يكن لدينا قياس للعائد الحقيقي على الاســتثمار. كان هناك بالتأكيد عنصر مــن كونــه إيمانًا غيبيًا فقد كان بداخلنا شيء يقول لنا إنــه كان الشيء الصحيح الذي يجب القيــام به. لقد قررنــا في نهاية المطاف تحديــد النجاح من خلال الطريقــة التي ينظر بها المشــاركون إلى البرنامج: هل اعتبر الموظفــون البرنامج فعالاً؟ ونحــن ننتظر التأثيرات على المدى الطويل على تجربة المريض والشكاوى وارتباط الموظفين. أي شخص يشرع في برنامج للتنمية الثقافية مثل ذلك البرنامج سوف يضطر إلى التعامل مع المالية، والتي سترغب في أن تعرف العائد على الاســتثمار. ليس هناك دفاع عن الإنفاق على المدى القصير. ولكن إيماننا استرشد جزئيًا بالنجاحات التي تحققت في السنوات السابقة من قبل المنظمات التي قامت بأنشطة مماثلة.

عليك إقناع الناس بأنه الشيء الصحيح الذي ينبغي عمله:

الادعاء بأن الأطباء يجب عليهم المشــاركة هو أمر ســهل؛ لكن إقناع الناس بأن ذلك أمر صحيح هو قصة مختلفة تمامًا. عندما اقترحت خريطة التعلم لأول مرة، قبل أن أصبح مديرًا

تنفيذيًا لخدمات المرضى، كان هناك افتراض أن الأطباء سوف يشاركون في هذا البرنامج. ولم يكن بمقدور غير الأطباء الذين كانوا يدافعون عن المبادرة ويطورونها ويقودونها فهم سبب لعدم إشراك الأطباء. لم يكن هناك أي أطباء مشاركين في المناقشات، حتى ظهرت في الصورة. ومع اقترابنا من التنفيذ، انتقلت مسألة مشاركة الأطباء إلى الصدارة. وقد عارض بعض القادة في مجال الإشراف على الممارسة الجماعية بشدة. وقالوا إن الأطباء مختلفون، وأن الأمر سيكون له تأثير خطير جدًا على الإنتاجية. ذهبت بالأمر إلى رئيس العاملين جوزيف هان، قائلًا:

«ما الهدف من محاولة المواءمة الثقافية إذا استثنينا المجموعة التي تُعَدُّ أكثر العناصر أهمية؟» واتفقنا على تناول المسألة مع الفريق التنفيذي في اليوم التالي؛ وهذا سيمثل بالنسبة لنا نقطة اتخاذ قرار بأن نمضي في ذلك أو ألا نمضي حيث كان نصف الفريق يتألف من أطباء. فإذا ما تمكننا من إقناعهم، فنحن على الأرجح سنذهب في اتجاه المضي قدمًا.

غادرت العمل في تلك الليلة، ولدي الشعور بأن نجاح التجربة تجربة المريض بأكمله كان على المحك. وقد استثمرت المنظمة بكثافة في تطوير برنامج خريطة التعلم، وكنت قد راهنت بسمعتي على ذلك. كنا نحتاج إلى الخروج من ذلك الاجتماع بموافقة على المضي قدمًا. ولذلك ذهبت إلى المنزل وبدأت في العرض التقديمي. قررت أن أعرض القصة من بدايتها، وأن أتحدث عن سبب القيام بذلك، وكيف نقيس النجاح، وكيف سننفذ. لقد اقترحت أن نقوم بتجربة استطلاعية مع مجموعات صغيرة، تعمل في نفس المعهد بغرض اختبار الفعالية. بحيث يتم تنفيذ التجربة الاستطلاعية في معهد أمراض الجهاز الهضمي، موطني الأصلي، حيث أشعر بارتياح أكثر مع الثقافة الفرعية وحيث أظن أنه يمكننا التعامل بنجاح. بقيت طوال الليل أصقل الرسالة. كنت أتواصل على الهاتف مع بريون من شركة رووت (Root, Inc.) عدة مرات حتى وقت متأخر جدًا، لاستيعاب جميع ما يمكن حول أسلوب خريطة التعلم، وإعادة النظر في أدلة على فعاليتها، واستعراض الشهادات من قادة فورشن لأفضل ٥٠٠ شركة(The Fortune500) الذين قاموا بتطبيق الفكرة. ودرست الأدلة التي جمعناها حول طرق التعلم لدى الناس وما الذي يجعل مبادرات تغيير الثقافة تفشل. في القلب من النقاش سيكون طريقة القيام بذلك، وليس سبب القيام بذلك، وما إذا كان

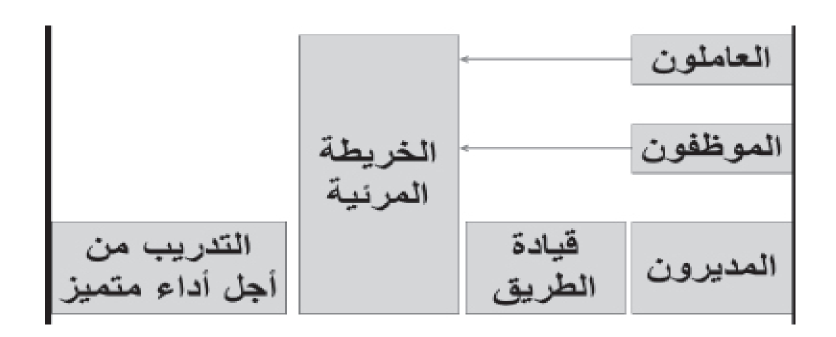
ينبغي أن يطلب من الأطباء للمشــاركة. وهل كانت خريطة التعلم ومناقشات المجموعات الصغيرة هي أفضل طريقة لمواءمة ثقافتنا التنظيمية؟

في صبــاح اليوم التالي، فعلت ما بوســعي. وبعــد أن عرضت المســوِّغات، عرجت على مرجعيــات القياس الخاصة بنا وقمت بشرح الطريقة وتحركت إلى الشريحة التالية الموجزة بعنوان الحالة الراهنة، قائلًا: «وفيما يلي الأساليب التي لدينا حاليًّا من أجل تطوير وإصلاح ثقافتنــا التنظيمية» كانت الشريحة فارغــة وانتقلت إلى التالية، مضيفًا: «ليس لدينا شيء!» لقد كانت صدمة، وبصراحة، كنت متوترًا، حيث لم يمضِ بعد على وجودي في منصبي كعضو في المجموعة ســوى أربعة أشــهر فقط. لكن العبارة كانت صحيحــة، وتحديت من كان في القاعــة أن يأتي بمــا يناقض ذلك. نظر هان (Hahn) لي وقال: «لديــك الكثير من الجرأة أن تقول ذلك!» كان يقدر استعدادي لاستدعاء ذلك، ولم يكن يقصد توبيخي. لم يجادلني أحد بشأن العبارة. كان الجميع يعرفون أن ذلك صحيح فلم يكن هناك أي برامج قائمة. انتهيت من العرض التقديمي مقترحًا أن نقوم بإجراء تجربة استطلاعية ونرى ما الذي سيحدث. لقد قطعنا طريقًا طويلًا والأمر يستحق أن نرى إذا كان ذلك الأمر سيساعدنا.

وهنــا بدأ الجدل من جديد. حيــث ظهرت من جديد كل المخــاوف المتعلقة بالتكلفة والإنتاجية وكان هناك جدل محموم عن مشــاركة الأطبــاء من قبل الأطباء الحاضرين. كان كوســغروف صامتًــا لكي يتيح للآخرين أن يســمعوا وكان لديَّ صعوبة في قــراءة انطباعاته ومــن بالغرفــة كانوا كذلك. أخيرًا طرق على الطاولة معلنًا «كفى. فلن نســتطيع أن نتعرف على التكلفة ولكن ما تكلفة عدم فعل ذلك؟ منذ ٥ سنوات مضت لم نكن مستعدين لذلك ولكن منظمتنا اليوم اختلفت ويجب علينا المحاولة» كان يرى أنه إذا لم يشــارك الأطباء فلا يوجد وجه للقيام بذلك. وأعطانا كوســغروف الضوء الأخضر للقيام بالتجربة الاســتطلاعية في معهــد الجهاز الهضمي على ١٠٠٠ شــخص. ولكنه كان يرغــب في أمرين قبل الشروع في طــرح المشروع. أولاً، أراد أن يكون متأكــدًا من دعم الأطباء وطلب أن يتم اختبار الأمر مع مجموعــة أخــرى من الأطباء قد اختارهــم هو للتأكد من صدى الفكــرة لديهم. ثانياً، كان كوسغروف مهتمًا جدًّا بشأن ما إذا كان بإمكاننا الاستمرار في هذا البرنامج وطلب دليلًا على استدامته.

جمعنـــا مجموعة من ١٠ أطباء لمراجعة الخريطة واختبار العملية. وأوصى كوســغروف أن يكون البعض منهم من أكثر الأطباء تشككًا لضمان المصداقية، وردود الفعل الصعبة. قام زابل بجمعهم في غرفة، وقبل أن نقوم بالكشــف عن الخريطة، قدمت ما الذي كنا نســعى لتحقيقه ولماذا. ثم اســتعرضنا الخريطة، وتحدثت أنا وزابيل، وفيرنون، عن البرنامج. لم أكن أعرف الكثير من هؤلاء الأطباء شــخصيًا ولم يكن لدي فكرة كيف سيســير الموضوع. وكانت المفاجأة أنهم جميعهم كانوا داعمين بشكل لا يصدق. وقدموا اقتراحات ممتازة حول كيفية إشراك الطاقم الطبي، بما في ذلك مخاطبة الأطباء باعتبارهم قادة للرأي ومشاركتهم تعد أمرًا ضروريًا يظهر أهمية البرنامج. كما أوضح أطباء التجربة الاستطلاعية أهمية توضيح الأسباب للمنظمــة بأكملها. حيث قال أحد الأطباء من أصحاب الخبرة « أن المنظمة حقًا بحاجة إلى القيام بشيء من هذا القبيل » وفي النهاية أقنعني هذا الاجتماع بأن البرنامج سينجح.

ومع ذلك، لم يكن أحد من الفريق مقتنعاً أننا قد اســتوفينا متطلبات كوســغروف فيما يتعلق باســتدامة البرنامج لذا قررنا تأخير التجربة الاســتطلاعية على معهد الجهاز الهضمي وأن نعيــد النظر في اســتدامة البرنامج. بينما كنــا نؤيد حقيقة أننا قد بنينــا البرنامج دون استشــاريين إلا أننا قررنا أن نحضر أحدهم ليقوم بعمل تقييم مســتقل. لقد كانت مشاركةً مكلفة جدًا ليومين، حيث كان يقوم بمشــاهدة تنفيذ مجموعات الاهتمام المشترك الخاصة بخريطــة التعلم. ومع نهاية اليــوم الثاني وكان لايزال لم يعطنا شــيئًا، كان يجلس بجواري، وأخيرًا اســتدار فجأة قائلًا، «المديرون! المديرون هم المفتاح للحفاظ على استدامة البرنامج، وهــم من ســيجعلونه ناجحًا». كان هناك حوالي ٢٢٠٠ مديــر في المنظمة. التواصل مع كل مدير بشــكل فعال يعنــي التواصل مع كل موظــف. عاد فريقنا بسرعة إلى لوحة الرســم وقام بوضع جزئيتين ســتكونان مطلوبتين من جميع المديرين (الشكل ٢-٦). الأولى، «قيادة الطريق» سيكون لقاء للمديرين لمدة نصف يوم يوضح بالضبط المقصد من خريطة التعلم الخاصــة بتجربة عيادة كليفلانــد ويقوم بضبط توقعات المديرين، وطلب مســاعدتهم في تحــول المنظمة. الجلســة الثانية، «التدريب من أجــل أداء متميز» وســتكون مدتها يومًا كاملًا بعد أن تســتكمل المجموعات الانتهاء من ممارســة خريطة التعلم. حيث يعاد تكرار الأهداف، ومناقشــة إستراتيجيات الارتباط والمشــاركة، وتوفير سبل استدامة التغيير وكانت هذه اللقاءات مدخلًا لمنتديات القادة التي لا تزال تعقد لدينا إلى اليوم.



شكل ٢-٦ مسار العمليات في تجربة عيادة كليفلاند

أعطت مجموعة الاهتمام المشترك مع الأطباء وقرار الاستفادة من المديرين من أجل الاستدامة أفكارًا مهمة للفريق حول كيفية توصيل البرنامج إلى المنظمة. أردنا أن يعرف الجميع ما كنا نسعى لتحقيقه ولماذا. فالرسائل سوف تستهدف ثلاث مجموعات: الأطباء والمديرين وجميع مقدمي الرعاية الآخرين. بعد نصيحة أطباء مجموعة الاهتمام المشترك، أرسلنا خطابات إلى كل أعضاء الفريق الطبي يشرح ما نقوم به ونؤكد فيه على أن مقدمي الرعاية الآخرين عبر المنظمة ينظرون إليهم كقادة. وإلى المديرين، كانت رسالتنا أنهم ضروريون لبناء التنظيم اللازم من أجل تحقيق النجاح. وبالنسبة للمنظمة ككل، أنشأ فريق التسويق لدينا، بقيادة بول ماتسن (Paul Matsen)، المدير التنفيذي للتسويق والاتصالات، «كتاب العلامة التجارية» الذي شرح دور مقدم الرعاية ومدى صعوبته، وفي الوقت نفسه حتميته، بالنسبة للمنظمة.

شيء لمواءمة الثقافة:

بعد تجارب واسعة النطاق، في أواخر عام ٢٠١٠، قدمنا لمنظمتنا برنامج تجربة عيادة كليفلاند. تم تسليم كتاب العلامة التجارية مسبقًا لجميع الموظفين، عرفانًا للعمل المهم الذي يقومون به وتأكيدًا على تفهمهم للأسباب. وحضر كل مدير دورة «قيادة الطريق». وأخيرًا، حضر كل موظف ممارسة لمدة أربع ساعات مصممة خصيصًا لمواءمة جميع موظفينا مع الأولوية التنظيمية للمرضى أولًا. وأوضح البرنامج لماذا (المرضى أولًا) هو المبدأ التوجيهي لدينا وبين كيف أن كل شخص يعمل لعيادة كليفلاند هو مقدم رعاية بغض

النظر عن طبيعة الدور الذي يقوم به. كانت هناك تمارين تقدم السلوكيات المتوقعة أثناء الخدمة وبرنامجنا لإصلاح الخدمة، الاستجابة من خلال H.E.A.R.T، وتمت مناقشة القيم التنظيمية. وطلب من الموظفين اختيار إحدى القيم وإخبار المجموعة لماذا تمثل أهمية للدور الذي يقومون به في عيادة كليفلاند. وفي نهاية التدريب ومع تخرج المشاركين حصلوا على شارة «مقدم رعاية مميز». وتتويجًا لذلك أتت بعد ذلك الدورة التدريبية، «التدريب من أجل الأداء المتميز»؛ مرة أخرى من أجل جميع المديرين.

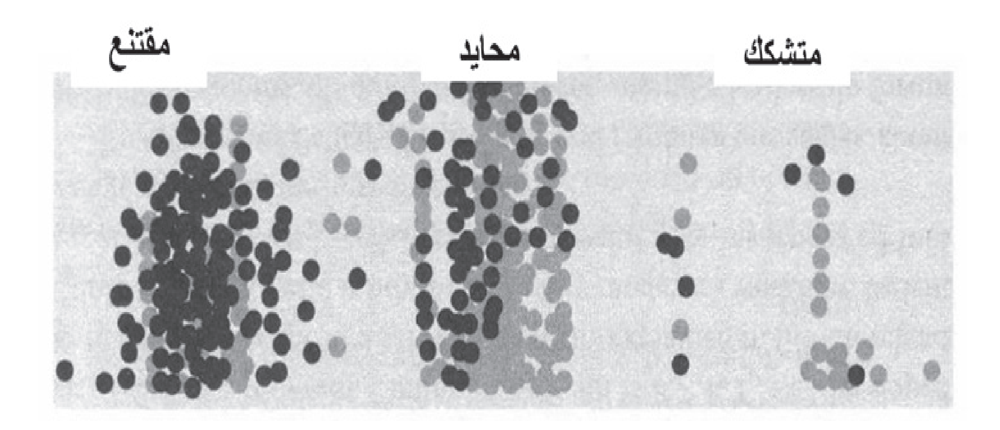
وأصبحت تجربة عيادة كليفلاند أداة لاستيعاب مفهوم أننا جميعًا مقدمو رعاية والبدء في جهود الاستدامة، واستغرق الأمر أكثر قليلًا من عام لكي يتم تدريب الجميع عبر جميع مواقعنا. وفي حين أن مصروفات التصميم والتنفيذ كانت ضئيلة نسبيًا، فإن التكلفة في المرتبات والأجور وحدها تقدر بمبلغ ١١ مليون دولار، ولا يشمل ذلك تكلفة الفرصة البديلة للإنتاجية المفقودة لدى الأطباء، مثل الحيلولة دون أداء الجراحين لبعض العمليات.

وفي حين اتفقنا في مقدمتنا أنه لن يكون هناك تأثير فوري على تقييمات النتائج مثل تجربة المريض والشكاوى ومشاركة الموظفين، فقد قمنا باستطلاع رأي مقدمي الرعاية للحكم على مدى رضاهم عن البرنامج، وكانت الاستبانات مُجهَّلة الهوية، وقام نصف الحاضرين بتعبئتها، وكانت النتائج كما يلي:

سوف تساعد على أداء العمل.	٪٨٧,٧٪
تم تقديم المحتوى بشكل فعال.	٪٩٢,٥٪
راض عن البرنامج.	٪٨٥,٤٪
تدعم رسالة المنظمة في تقديم رعاية من الطراز العالمي.	٪٩٣,٨٪

بالإضافة إلى ذلك، أردنا أن نلتقط بصريًا ما كنا نسمعه من حكايات، لذلك قام الفريق بتصميم ملصقات كبيرة بها أعمدة كتب على رؤوسها:(متشكك، محايد، مقتنع) وضعت على الجدران في المكان الذي استضافنا فيه تجربة عيادة كليفلاند. وطلبنا من المشاركين عند وصولهم وضع ملصق صغير أزرق في العمود الذي يشير إلى الإطار الذي يضعون فيه أنفسهم. في النهاية، فعلوا الشيء نفسه ولكن باستخدام ملصق أخضر صغير. معظمهم كانوا

متشـــككين أو محايدين في البداية، ولكن معظمهم أصبحـــوا مقتنعين في النهاية. كان تمثيلاً بصريًّا رائعًا يثبت أن الناس "وصلتهم الفكرة» وأنهم يتفقون معها.



الشكل ٣-٦ قناعات المشاركين قبل: (الرمادي) وبعد: (الأسود) التجربة.

كان هناك الآلاف من الحكايات الإيجابية من مقدمي الرعاية لدينا حول مدى إعجابهم بالبرنامـــج وكيف أنهم دعمـــوا المرضى أولاً. واحدة من الملاحظات الأكثر شـــيوعًا كانت عن مشـــاركة الأطباء مثال ذلك: «لا أســـتطيع أن أصدق الأطباء يفعلون ذلك أيضا!» أو« أعمل هنا منذ ٣٢عامًا ولم أفعل ولو شيئاً واحد بالمشاركة مع الأطباء» كان الموظفون سعداء لرؤية الأطباء يشـــاركونهم في المساعدة في تحســـين منظمتهم. جميع الأطباء تقريبًا قد شاركوا عن طريق المنشدات اللطيفة وكلمات التشجيع. لقد أوصلنا فكرة أن الأمر إلزامي بدون

أن نجعلـــه إلزاميًـــا. إنني واقعي ولم أكن لأدعي أن جميع الأطباء ســـيعجبهم ذلك. قبل الجلســـات كان أغلبهم متشككًا بل وفي بعض الحالات مقاومًا. ولكن دعمهم بعد ذلك كان مفاجئًا تمامًا.

في أكتوبـــر من العام ٢٠١٠، تلقينا مفاجأتنا، التي كانت متوقعة، وهي زيارة من اللجنة المشـــتركة لاعتماد الجـــودة في المنظـــمات الصحيـــة (Joint Commission) وذلك بغرض إعادة اعتماد مستشـــفى المجمع الرئيسي. وخلال الجلســـة التنفيذية لاستخلاص المعلومات في نهايـــة الزيـــارة، قال رئيس المقيمـــين إن «لديكم المباني الجميلة والمعـــدات ذات التقنية

العالية، والمرضى ذوي الحالات المعقدة، لكن موظفيكم هم أعظم ما لديكم من أصول. إنهم مرتبطون ويشـاركون في المنظمة، متعاطفون، ورحـماء، تهانينا على ذلك! لديكم هنا رعاية من الطراز العالمي لأن لديكم موارد بشرية من الطراز العالمي » (٤) وقتها كان جميع مقدمي الرعايـة في المجمع الرئيسي لتوهم قد أكملوا تجربة عيادة كليفلاند. وحتى ذلك الحين كان ذلك أعظم دليل وإثبات على صحة ما كنا نفعل!

تحقيق المستحيل:

لقـد أصبحت تجربة عيادة كليفلاند برنامجنا لتعديل ثقافتنا. فقد نجحنا في أخذ جميع ال ٤٣٠٠٠ موظـف العاملين لدينا، بما في ذلك الأطباء، لمدة نصف يوم خارج الخدمة وذلك للمواءمـة حول المـرضى أولاً، وكذلك على الأولويات التنظيميـة الأخرى ذات الأهمية، مثل التميـز في الخدمة. وأعتقد أننا أكبر شركة، وبالتأكيـد الأولى في مجال الرعاية الصحية، التي تقـوم بمثل هذا العمل الجريء لمواءمة الثقافة بضربـة واحدة! الناس الذين كنت أتحدث معهـم كثـيراً ما كانوا يبدون الاندهاش بشـأن نطاق وتركيز المـشروع «هل أشركتم جميع الموظفين في ذلك؟» نعم، الجميع! ودائماً ما كنت أسأل من قبل قادة الرعاية الصحية، «وهل قام الأطباء بذلك؟» نعم، قام الأطباء بذلك!

وكانت الاسـتدامة قوية ومتسـقة. حيث كان كل موظف جديد، بما في ذلك كل طبيب جديـد، يمر عبر تجربة عيـادة كليفلاند كجزء مـن إجراءات الانضمام. وقد كنا باسـتمرار نسـتخدم لقب مقدمـي الرعاية عنـد الإشـارة إلى موظفينا في المخاطبـات والاجتماعات والمنشـورات، وقد تم تصميم برنامجنـا للتميز الخدمي، تواصل باسـتخدام نموذج هارت (Communicate with H.E.A.R.T) لتعزيز سـلوكيات الخدمـة المتوقعة والموضحة في تجربـة عيادة كليفلاند والتي تعد الآن جزءاً من سـير العمل لدى كل مقدم رعاية. تجربة المريض، والتميز في الخدمة، وقيمنا مدرجة في المراجعة السنوية للأداء بالنسبة للجميع.

ولـكي نبث الحيوية في موضـوع المرضى أولاً لدينا ولتعزيز قيمنـا، يقوم جميع مديرينا الألفـين ومائتـين كل أربعة أشـهر، بحضـور منتدى للقـادة يهدف إلى تطويـر الجدارات التنظيميـة. وهذه هي الصفات التي نتوقع من الجميع في المؤسسـة أن تكون لديه. يجب

أن يكون كل مدير على دراية بالجدارات التنظيمية ويقوم بتمريرها مباشرة إلى مرؤوسـيه. في هذه المنتديات، قمنا بتغطية الارتباط والمشاركة والذكاء العاطفي، ثقافة السلامة، ثقافة التحسـين المسـتمر، والرعاية القائمة على القيمة، وإدارة التغيير. ترتبط كل جلسة بمرئياتنا الثقافية ويتم دمج الموضوعات المقدمة بشكل كامل من خلال تجربة عيادة كليفلاند.

تجربـة عيادة كليفلانـد، جنبًا إلى جنب مع تكتيكات الاسـتدامة المرتبطة بها، هي من وجهة نظري أهم الأشـياء التي قمنا به لتحسين منظمتنا. والتي استهدفت مباشرة الثقافة، التي هي أهم العناصر اللازمة لتحقيق التركيز على المريض، وهو ما ترجم كذلك إلى تحسين رضا المرضى وتعزيز السـلامة والجـودة. وكان البرنامج ناجحًا لأنه حظي بالقيادة التنظيمية والالتـزام المطلق: فقد وقف كوسـغروف وراءه وظـل على موقفه. كما سـمح لنا بتنمية ثقافتنا، وليس تغييرها، من خلال إظهاره للجميع سبب وجودنا-من اجل المريض-ومواءمتنا ومواءمـة كل ما نقـوم به حول المريض. هذا التدريب الرائـع أصبح منصة للقفز من أجل المضي قدمًا في إيصال رسائلنا وأساليبنا التطويرية.

عند تنفيذ تدريب يعنى بالثقافة التنظيمية، يجب مراعاة ما يلي:

١. مـا الذي تحاول تحقيقه، وكيف يرتبط ذلك بإسـتراتيجية المنظمة؟ لقد تم تصميم برنامجنا بغرض حصري تقريبًا هو المواءمة التنظيمية حول العميل، مع التركيز على تحسـين رضا المرضى. وفي ذلك الوقت، كان هذا هو التركيز المناسـب. ولقد كان من الممكن أن يتم إدراج تعريفنا الجديد السـاري لتجربة المريض، والذي يشتمل على السـلامة والجودة، والرضا، في البرنامج بحيث يتـم معالجتها مباشرة كما هو الحال مع الثقافة والخدمة.

٢. عليك أولًا أن تفهم ما هي احتياجاتك الإسـتراتيجية الطويلة المدى لتهيئة ثقافتك، ومن ثم تقوم ببناء البرنامج الخاص بك حول تلك الاحتياجات.

٣. عليك أن تقرر ما إذا كان هدفك هو الإعلام أم تغيير السـلوك. إذا كنت سـتجعل النـاس يتبنون سـلوكيات جديدة، فإن أسـاليبك تحتـاج إلى أن تتألف من تمارين جماعيـة صغيرة تفاعلية. لأن الناس يتذكرون ما يناقشـونه مـع الآخرين أكثر مما يتعلمونه في قاعات الدرس. وهو اقتراح مكلف من حيث الوقت ومن حيث الالتزام ولكننا نعتقد أنه يؤتي ثماره.

٤. إذا ما اتخذت قرارًا بإشراك منظمتك في ممارســة تدريبية كبيرة سيجعل ذلك الناس يسألون: «كيف نعرف أن ذلك سيؤتي ثماره؟» الجواب هو أنه لا يوجد ضمان، وليس هنــاك مقاييس مباشرة لقياس ذلك. لقد تأخر ظهور القياســات الدالة على النجاح لأكــثر من عــام إن لم يكن أكثر من ذلك بعد الجهد المبــذول، يمكن أن تكون هذه البرامج إيمانًا غيبيًا مكلفًا، ولكن إذا تم تصميمها بعناية، ودرســت، ونفذت بنجاح، فإنها يمكن أن تكون ناجحة للغاية. كما ظهر لدينا ولدى غيرنا.

٥. الحفاظ على استدامة البرنامج والرسائل هو أمر يجب أن يتحدد قبل بدء البرنامج. هذه هي النقطة التي قد تفشــل عندها الجهــود وتصبح في خطر أن تصبح مجرد «نكهة الشــهر». وإذا كانت منظمتك لن تستثمر في الحفاظ على استدامة التغيير، إذن لا تستثمر في البرنامج من البداية لأنه لن ينجح.

٦. المنظمات الكبيرة مركزية في ثقافتها. وهذا يعني أنها تميل لرفض الغرباء والاستشاريين. إن برامجنا، ســواء في المحتوى أو التنفيذ، جميعهــا تم تصميمها وإنجازها من قبل أنــاس من داخل المنظمة. لقد اســتعننا بالغرباء فقط لمســاعدتنا على التفكير من خــلال تصميم خريطة التعلم، ولكن البرنامج كان ملكنا «صُمم منا، ولأجلنا! »ولقد كان ذلك إشعارًا قويًا للمنظمة بأننا نفعل ذلك من أجل موظفينا.

٧. يجــب على الجميع المشــاركة. كان هناك الكثير من الضغــوط من البعض لحملنا على التراجع عن اشــتراط مشــاركة الأطباء. لكن هذا البرنامج كان سيفشــل بدون مشــاركتهم، وبدون توصيتي بأن نمضي قدمًا في ذلك. ففي برامج كتلك لا يمكن أن تســتبعد أي من المجموعات المهمة والقوية من أصحاب المصلحة. فما المقصد من تدريب المواءمة الثقافية إذا ما كانت المجموعة التي ينظر إليها على أنها الأقوى لا تشارك بفاعلية؟

الفصل السابع
مشاركة الأطباء أمرٌ حيويٌّ

الفصل السابع

مشاركة الأطباء أمرٌ حيويٌّ

منذ كنت صغيراً، لطالما أردت أن أصبح طبيبًا. فقد كان لدي حقيبة الطبيب السوداء، وكنت أمثل دور الطبيب في الحي. كانت مجموعتي من الحيوانات المحشوة ممتلئة بالكثير من الندبات الجراحية التي قمت بخياطتها بحيث تكاد الألعاب لا تتحمل حشوتها. كنت أرى طبيب الأسرة كل شهر تقريبًا، نظرًا لاحتياجي إلى حقن مضادة للحساسية السيئة، وكنت في رهبة منه، ومن أدواته، ومكتبه الممتلئ بالكتب! أتذكر متعجبًا ما كان يجول بخاطري من أنه لا سبيل أن أستطيع قراءة مثل هذا العدد الكبير من الكتب. لم يكن هناك أطباء في عائلتي بل كانوا جميعًا من أصحاب الياقات الزرقاء، وكنا نسلم بأن الأطباء جميعهم واسعو المعرفة ويستحقون الاحترام منقطع النظير.

الأطباء لديهم مسؤولية لا تصدق. إنهم يقومون برعاية الناس في أسوأ الأوقات في حياتهم. إن الأطباء محملون بكم هائل من المعلومات ويقومون باتخاذ قرارات تؤثر على صحة المرضى ورفاهيتهم. إن المرضى يضعون ثقةً كبيرة في أن أطباءهم سيقومون بعمل الشيء الصحيح. في بعض الحالات، تنطوي التفاعلات بين الطبيب والمريض على انتهاك لبعض الجوانب شديدة الخصوصية لدى المريض. عندما يكون المرضى تحت التخدير العام، فإنهم يضعون ثقتهم في الأطباء وكامل الفريق الجراحي لكي يقوموا بإعادتهم إلى الوعي مرة اخرى. لا يوجد سوى القليل من الحالات التي تنطوي على مخاطر أكبر بانتهاك الخصوصية أو بتحمل مسؤوليات أكبر تجاههم -بأكثر مما نقوم به. في واجبنا المقدس الذي نمارسه لكي نضمن خروج المرضى بسلام من التخدير وخروجهم بنجاح من جراحاتهم. هذه مسؤولية عميقة، صعبة في كثير من الأحيان، ومرهقة جدًا.

إن الأطباء يعملون بجد ويتدربون لفترة طويلة لكي يصبحوا قادرين على ممارسة الطب. لقد درست في كلية الطب لمدة أربع سنوات، وكمقيم لمدة سبع سنوات -والتي شملت سنتين من البحوث -، وسنة واحدة في الزمالة. استغرق الأمر ١٢ عامًا من التدريب قبل أن

أصبح قادرًا على رؤية المريض بمفردي. كما تطلب الأمر تضحيات شـخصية ضخمة، فالعمل كمقيم جراحة ينطوي على سـاعات طويلة، وشـاقة من العمل. وبالإضافة إلى ذلك، هناك تكلفة كبيرة للفرص البديلة؛ حيث كان من الممكن أن أقوم بعمل شيء آخر على مدى تلك السـنوات الاثنتي عشرة. وأخيرًا، هناك الديون الدراسـية. حيـث تخرجت من كلية الطب مدينًا بأكثر من ٢٠٠،٠٠٠ دولار، ومازلت أنا وزوجتي نقوم بسـداد هذه القروض الدراسية. ويتكبد الطبيب في المتوسـط ما يقرب من ١٧٠،٠٠٠ دولار من الديون الدراسـية في مجال الطب، وما يقرب من ٢٠ في المائة من الخريجين يتحملون أكثر من ٢٥٠,٠٠٠ دولار [١].

ومع ذلك، فهذه التضحيات، تأتي بمكافآت كبيرة. فمن خلال اللقب وحده، يحصل الأطباء عـلى الاحترام الهائل والقامة العالية، فالقليل جـدًا من الأطباء في الولايات المتحدة هم من يعانـون ماليًا. فكونك تصبح طبيبًا يضمن لك بالـضرورة عملًا مدى الحياة وبراتب معقول -أقـول معقول لأنه في حـين تحصل بعض التخصصات على مقابل مجـزٍ للغاية، فإن بعض التخصصات الأخرى مثل الرعاية الأولية للأطفال والرعاية الأولية للكبار ليسـت كذلك. وفي ظـل أن الولايات المتحدة والعالم يواجهان نقصًـا في الأطباء، فمن المرجح ألا يتعرض الأطباء أبدًا للتهديد بالبطالة.

إن المرضى بدورهم يقدرون التضحيات التي قام بها الأطباء ويكنون لهم تقديرًا عاليًا جدًّا. وتبقـى مهنة الطب من بين المهن الأكثر احترامًـا وموثوقية في الولايات المتحدة[٢]. «وأظهر اسـتطلاع أجرته مؤسسـة غالوب مؤخرًا أن الأطباء هم رابع أكثر المهن أمانة وأخلاقية»[٣]. هـذه النتائـج تدعمها الروايات المتناقلـة في محادثاتي مع المرضى، والذيـن كثيرًا ما يبدون الاحترام لما أقوم به كطبيب. إن المرضى يتفاعلون معي لفترة قصيرة جدًّا من الزمن دون أن يعرفـوا حقًّا مـن أكون، ولكن لأنني طبيب، أحصل على مصداقية فورية. وأنا على يقين من أن هذه هي تجربة الأطباء في جميع أنحاء العالم.

لدى الأطباء جانب قبيح:

ومـع ذلك، هناك جانب آخر للأطباء نادرًا ما يراه الجمهور. قبل الالتحاق بكلية الطب، تم تعييني في مجلس مستشـفى مجتمعي صغير في المدينة التي نشـأت فيها. كان ذلك في

وقت مبكر من التسعينيات، وكانت المستشفيات مختلفة جدًّا في ذلك الوقت. حيث كانت أكثر اسـتقلالية، وهو ما كان عليه هذا المستشـفى، حيث لم تكن المستشـفيات المجتمعية الواقعة بالقرب من المناطق الحضرية الكبرى جزءًا من نظام أكبر كما هو عليه الحال اليوم.

وكان معظـم زملائي في مجلس الإدارة من رجـال الأعمال المحليين ومن يقومون بخدمة المجتمع، كما كنت. وشـمل المجلس أيضًا عدداً قليلاً من القيادات الطبية، بما في ذلك رئيس الطاقـم الطبي. وكان جميع الأطباء في المستشـفى يعملون بنظام الممارسـة الخاصة. كان النموذج الثلاثي الكلاسيكي للمستشـفى المجتمعي، ذا ثلاث مجموعات شبه مستقلة ولكن تكافلية من أصحاب المصلحة: الإدارة التشـغيلية للمستشـفى، ومجلـس الإدارة، والطاقم الطبي الذي يقوم بتقديم الرعاية.

تحـت هذا النموذج، والتي لا يزال يتواجد كثيراً في جميع أنحاء الولايات المتحدة اليوم، كان الطبيـب هـو العميل الحقيقي للمستشـفى، وليس المريض. وقـال الرئيس التنفيذي للمستشـفى في ولاية أريزونا ذات مرة إن دور رئيس المستشـفى هو التأكد من أن الأطباء سـعداء، لأنهم كانوا هم العملاء الحقيقيين. حيث يجلب الأطباء المرضى إلى المستشـفى. لم يكن المستشـفى هو الذي يجتذب المرضى للأطباء. وكان، ذلك يشـكل مفارقة في الكثير من الحالات، فالعديد من المستشـفيات تعتمد على الأطباء الممارسين في القطاع الخاص لجلب المرضى، وهؤلاء المرضى يحددون ما إذا كان المستشـفى ناجحًا. ولكن المستشفيات ممنوعة وفقًـا للقانـون الفيدرالي من القيام بـأي شيء لإغراء الأطباء لجلب المـرضى. وفي ظل هذه الأوضاع، كان الأطباء يسيطرون كثيراً جدًا على السوق.

كعضـو مجلـس إدارة، كنـت في رهبة من الأطبـاء، ومعارفهم، والتأثـير والهيمنة التي مارسـوها على حوكمة المنظمة. كان من الرائع مشـاهدة زملائي في مجلس الإدارة يرضخون لآراء الأطباء. فعندما يتحدث أحد القيادات الطبية، يصبح كلامه كأنه كلامٌ مقدسٌ قد كتب عـلى الحجر. وعلى الرغم من أن مجلس إدارتنا تضمـن بعض قادة الأعمال الناجحين جداً، إلا أنهم لم يكونوا يمتلكون القدرة على تحدي وجهة نظر الأطباء بشكل فعال. يمكن للأطباء بسرعـة تفريغ أي قضية عن طريق التسـاؤل عن كيفية تأثيرها عـلى التفاعل بين المريض ومقـدم الخدمـة. يكون لديك القليل مـن المصداقية في المواجهـة إذا لم تكن في الخطوط

الأمامية للرعاية. وكثيراً ما تحكمت المعرفة الشــاملة للأطباء في قرارات المستشــفى المهمة. بالنســبة لي، كان ذلك درسًا مبكرًا في سياسات الغرف الخلفية في المستشفى، والسلطة التي يمارسها الأطباء.

كانت ممارســة الأطباء للسلطة واضحة جدًا عندما أصبح مجلسنا مهتمًا بالنتائج المتعلقة بالحمل. أحد مقاييس الجودة المهمة لوحدات التوليد هو معدل الولادة المهبلية بعد الولادة القيصريــة (vaginal birth after cesarean section) (VBAC)، كعلامة على الرعاية عالية الجودة. فالمريضات الحوامل الذين أجريت لهن سابقًا عملية قيصرية ينبغي أن يساعدن على الولادة المهبلية في حملهن المقبل، إذا ما كان ذلك مناســبًا، بدلاً من اللجوء تلقائيًا إلى الولادة القيصرية. فتكرار الولادة القيصرية تشــكل مخاطر كبــيرة للأمهات ويحمل خطر المضاعفات الجراحية، وإطالة فترة الإقامة في المستشفى، وإبطاء التعافي، وفي نهاية المطاف زيادة النفقات.

وبالنســبة لأطباء التوليد، فإن الولادة القيصريــة أكثر ملاءمة (حيث لا توجد رحلات في منتصف الليل إلى المستشــفى لتوليد أطفال) وتــؤدي إلى مقابل أعلى، حيث يتلقى الأطباء أجــرًا أكبر مقابل الولادة القيصرية عنه في الولادة الطبيعية المهبلية. وكان العديد من أطباء التوليــد لدينا في ذلك الوقت لديهم معدلات مرتفعة من الولادة القيصرية وكانت معدلات الــولادة المهبلية بعد الولادة القيصرية أقل بكثير مــما كان طبيعيًا من وجهة نظر الجودة. ولكن بعضاً من مستشفياتنا المجتمعية المنافسة كان لديهم أطباء معدلاتهم أسوأ بكثير مما يوجد لدينا، وبدأ رئيس أحد المستشــفيات المنافســة في مساءلة أطباء التوليد عن المعدلات الســيئة للــولادة المهبلية بعد الــولادة القيصرية. ومن الواضح أن هذا لم يَسِرَ بشــكل جيد مــع الأطباء مــما أدى إلى تدفق أطباء التوليد إلى مستشــفانا للتقديم بغرض الحصول على الصلاحيات الإكلينيكية. وخلال اجتماع الاعتماد لمجلس الإدارة، ســألت بعض هؤلاء الأطباء لماذا قرروا التغيير من مؤسســتهم إلى منافس لها بعد ســنوات عديدة من الممارسة. أجاب أحدهم بأنه يريد توسيع ممارسته، في حين ذكرت أخرى أنها تريد الممارسة في مستشفىً تراه أفضل. عند مناقشتهم حول معدلات الولادة القيصرية للولادة المهبلية بعد الولادة القيصرية أكد الأطباء على احتياجهم للاســتقلالية من أجل «اتخاذ القرارات الصحيحة لمرضاهم» غير الأطباء ببساطة لا يمكنهم الخوض في مثل هذه النقاشات.

وأعتقد أن غالبيتنا في مجلس الإدارة كانوا يعرفون السبب الحقيقي وكان هؤلاء الأطباء يغادرون المستشفى الآخر، وكان لديهم معدلات سيئة للولادة المهبلية بعد الولادة القيصرية وكانوا يحاولون الهروب من المراقبة المتزايدة لدى المستشفى المنافس، وكان هؤلاء الأطباء يستخدمون ورقة رابحة ومهمة جدًا اقتصاديًا وسياسيًا، عن طريق القيام بترتيبات لنقل مرضاهم إلى مستشفى آخر إذا ما تمت مساءلتهم وفقًا لمعايير جودة أعلى، ويعد من المستحيل تقريبًا أن يتم إثبات ذلك، وإلغاء الصلاحيات لطبيب مؤهل هو عمل محفوف بالمخاطر، ولكن الأهم من ذلك، إننا أردنا أيضًا أن يقوم الأطباء بإحضار مرضاهم إلينا، لأن ذلك سيجعل المستشفى أكثر نجاحًا، تذكر أن في هذا النموذج، الأطباء هم العملاء، وقد أردنا أن يقوموا بجلب عملائهم (المرضى) لنا، وكان هؤلاء الأطباء يستغلون نفوذهم للحصول على ما يريدون، وكان هذا خطأ، ولكن مع ذلك وُوفقَ على جميع طلباتهم للحصول على الصلاحيات.

تجربتي كمقيم جراحة وكزميل أيضًا جعلتني أتعرض بشكل مباشر للجانب القبيح من الطب، وهو ما أظهر لي إلى أيِّ مدى يمكن أن يذهب المديرون والقيادة الطبية في حماية الأطباء مثيري المتاعب. وقد سمع معظم الناس عن صعوبة تدريب الامتياز والمقيمين – الساعات المرهقة والعمل الشاق في التعليم ورعاية المرضى. ولكن ما كان يتم مناقشته بشكل أقل هو الترهيب الوحشي الذي يواجهه العديد من المتدربين الطبيين تحت إمرة الأطباء. ويتخذ هذا الترهيب أشكالاً عديدة: الصراخ والصياح، التحرش اللفظي، ونعت المقيمين بالأغبياء، والسخرية منهم بشكل مفرط، وإهانتهم أمام المقيمين الآخرين وموظفي المستشفيات مثل الممرضات، وفي أسوأ الحالات، يتم ذلك أمام المرضى وأسرهم. ويمكن أن يتطور الترهيب إلى العنف الجسدي. بعض الجراحين يرمون الأشياء في غرفة العمليات وأحيانًا يرمون بها مقدمي الرعاية الآخرين. عندما كنت طبيبَ امتياز، اعتدى أحد الجراحين جسديًّا على مقيم أول حيث جذبه من قميصه ودفعه باتجاه الباب. بعض أكثر الأطباء شهرة وأوسعهم انتشارًا هم من الأسوأ سلوكًا. وللأسف لم يكن الأطباء المتدربون المتلقين الوحيدين لهذا السلوك الخسيس، فغالبًا ما يُوَجَّهُ هذا السلوك أيضًا إلى الممرضات وكذلك إلى أعضاء آخرين في فريق الرعاية الصحية.

ولحســن الحظ، لم أكن أبدًا ممن وقع عليهم العنف الجســدي، ولكنني عانيت وزملائي من ســلوك الترهيب على يد «معلمين» معروفين، ولكن ببساطة تم تجاهلنا من قبل رؤساء الأقســام. في أثناء فترة نيابتي، كان الســلوك يتم تنحيته جانبًا من خلال تعليق «لكنه جراح جيد» لقد شاهدت ممرضات في غرفة العمليات وفي الأدوار المخصصة للمرضى تبرر لسلوك الطبيــب الرهيب ووقاحتهم تجــاه المرضى بعبارة «ولكنه طبيب جيد» كان الشيء نفســه يحدث أثناء زمالتي. متدرب بعد متدرب، ممرضة بعد ممرضة، تعرضوا مراراً وتكراراً لهجوم متكرر ومتكرر من قبل أحد أعضاء الطاقم الطبي، ومع ذلك ســمح للطبيب بالاســتمرار في الممارسة.

اليــوم أعتقد ـ وآمل ـ أننــا قد أصبحنا أفضل في ضبط هذا الأمر ومحاســبة الناس على الســلوك الســيئ. فالقادة أفضل في مراقبة هذه الإجراءات وضبطها، وبعض المستشــفيات لديها لجان للســلوك المهني من خلال تقييم النظراء لاستعراض الحوادث عند الإبلاغ عنها. ومع ذلك، فإننا نعلم أنه لا يتم الإبلاغ عن جميع أعمال الترهيب والعديد من المستشفيات لا تملــك هذه الأنواع مــن اللجان. كل من في المناصب القياديــة الطبية يعرف أن الترهيب قطعًا لايزال يحدث.

في يناير ٢٠١٤، ذكرت وكالة أنباء أسوشيتيد برس Associated Press أن طبيبًا في شيلبي Shelby، مونتانا Montana، تم تعليق صلاحياته بســبب السلوك المنفلت بعد الادعاء بأنه رفض تأجيل عملية جراحية، مما تســبب في إلغاء جميع حالات اليوم. [٤] وتم الادعاء أيضًا بأنه هدد موظفة بالقتل إذا لم تساعده على حل مشكلة في أحد السجلات الطبية الإلكترونية.

وقد أشــارت دراسة أجريت مؤخرًا إلى أن غالبية طلاب الطب تعرضوا للترهيب بطريقة ما. [٥] ومــن المثير للاهتمام، والمقلق أكثر، أن الترهيب لا يميل إلى العلنية، ولكن ما يســميه علماء الاجتماع «العــدوان الجزئي» وهي «تعاملات غير جلية تخجل الموظفين وتقوض ثقتهم»[٦]. وهذا هو أسوأ نوع من التسلط لأنه من الصعب الإمساك بالجناة.

هذه القصص كلها مألوفة جدًّا عبر الرعاية الصحية. حيث تم توصيف ســلوك الترهيب من قبل الأطباء نحو الزملاء والمرؤوسين بشكل جيد. ولا يمكن أبدًا أن يعد ذلك صوابًا تحت أي ظرف من الظروف. يجب علينا ألا نبرر أبدًا للسلوك السيئ مع زملاء العمل أو المرضى في

مقابل مهارات الطبيب الممتازة. فالسـلوك الملائم والمهارات الممتازة كلاهما مطلوب لتوفير رعاية آمنة وعالية الجودة وفعالة.

إن الأطباء الذين يرتكبون الترهيب أو يسـيئون المعاملـة يعرضون المرضى لمخاطر أكبر بكثير مما يمكن أن ينشـأ عن إنكار المجتمع لمهاراتهم الطبية «الجيدة». هذه السـلوكيات تتسبب في بيئة غير آمنة، فالطبيب الذي لديه سمعة في الترهيب أو السلوك الغاضب يمكن أن يقـوض قدرة فريق الرعايـة الصحية على التحدث عندما يكـون المريض في خطر. أحد زملائي في التدريب كان لديه بالفعل الشـجاعة للخروج مـن غرفة العمليات أثناء الجراحة لأنه عومل بشكل سيئ جدًا، على الرغم من عدم وجود أي حماية له في ذلك الوقت. وكان اسـتعداده للوقوف واتخـاذ الإجراءات هو الشيء الصحيح الذي يجـب القيام به. وقال في كلماتـه، «لقد تم ترهيبي بحجة التقاعس في العمل، ولم أتمكن من العمل، كان ذلك سـيئًا بالنسـبة لي وخطرًا على المريض، واضطررت إلى المغادرة». كل شـخص في القسـم علم عن هـذا العمل الشـجاع، ولكن لم تكن هناك عواقب على عضو هيئـة التدريس. وبالرغم من أنه يجب علينا جميعًا أن نتحلى بالشـجاعة للوقوف أمام الترهيب والإساءة، فكثيرًا جدًا ما يخشى الموظفون والمرؤوسون من الإبلاغ، وكثيرًا جدًّا ما يتردد قادة الرعاية الصحية في اتخاذ إجراءات حاسمة، وينبغي أن يكون زميلي نموذجًا يحتذى به للجميع في المجال الطبي لفضح السلوك السيئ ومساءلة الناس.

لقـد التقيت بمئات الأطباء على مدى حياتي المهنية الذيـن كانوا أعضاء فريق موهوبين بشـكل لا يصدق، يكرسـون أنفسـهم ويركزون على القيام بما هو صواب والرعاية العميقة لمرضاهم وزملائهم. ولكن خدمتي في مجلس إدارة مستشـفى المجتمع وتجاربي في التدريب الجراحي علمتني دروسًـا مهمة جدًّا حول ثقافة الأطباء فيـما وراء الأبواب المغلقة. والتي يمكن أن تقوض الصواب وتقوض ما يمثله معظمنا بالنسبة للرعاية الصحية.

لا يمكن إصلاح تجربة المريض دون معالجة ذلك:

«مشـكلة الرعايـة الصحية هي في أناس مثلي؛ الأطباء». وفقًا لمـا ذكره توماس اتش. لي Thomas H. Lee، المدير الطبي لشركة بريس غاني أسوشيتس Press Ganey Associates,Inc،

والرئيس السابق لشبكة الشركاء لنظام الرعاية الصحية في بوسطن Partners HealthCare System in Boston. لي هو خبير عالمي في فهم ارتباط (مشاركة) الأطباء. وفي مقالته بمجلة هارفــارد بيزنس ريفيو لعــام ٢٠١٠ «تحويل الأطباء إلى قادة». يصف بعض التحديات التي يواجههــا الأطبــاء وهم يتكيفون مع عالم جديــد من الرعاية الصحية، عــالم نحتاج فيه إلى المساعدة منهم من أجل قيادة تغير تنظيمي ملحوظ[٧]. كما أقر في مقالته بأن الأسس التي يقف عليها الأطباء متينة، ولكنهم بحاجة إلى التفكير والعمل بشــكل مختلف لكي يصبحوا قادة يمهدون الطريق لتحقيق تطور ملحوظ.

لماذا تعد هذه الخلفية ويعد موضوع ارتباط (مشاركة) الطبيب هامًا في تجربة المريض؟ لأنه ببســاطة لا يمكن تحســينها –تجربة المريض -دون قيادة الأطباء ومشاركتهم، وإذا كنا ســنقوم بإصــلاح تجربة المريض، فيجب علينا أن ندرك ونواجه هــذا «الجانب الآخر» لدى الأطباء.

لقد قام هؤلاء الأشخاص بتضحيات كبيرة كي يصبحوا أطباء وتحملوا مسؤوليات وضغوط لا تصدق من أجل ممارسة الطب، وهذه الظروف تجعل الأطباء يتميزون لتفردهم، ويجب أن يُقَدَّروا لأجل ذلك، ولكن يجب أن ندع عنا النفاق والتخفيف من الخطر الذي يمثله قلة مــن المارقين على جهودنا لتعزيز الثقافة اللازمة لتقديــم رعاية صحية فعالة، فتحت غطاء التفاني في رعاية الناس، توجد هناك بعض النواقص من الأنانية والجشــع والســلوك الخطير وعندمــا يقترن ذلك مع الاحــترام والإعجاب الذي لا يرقى إليه الشــك والذي يكنه المرضى للأطباء، فيمكن لهذه المواقف والسلوكيات لدى الأطباء أن تكون ضارة وخطرة على الرعاية الصحية. وعلينا أيضًا أن ندرك أوجه القصور في طريقة تدريب الأطباء ونطور أســاليب لكي تعزز من قدراتهم على القيادة.

يجب على الأطباء أن يقودوا:

وكثــيرًا ما كنتً اســأل عن المجموعة الأصعب في إدماجها مــن بين أصحاب المصلحة في جهودنا لتحويل تجربة المريض. هذا ســؤال ملغوم ولــه إجابة واضحة: الأطباء. جوابي دائمًا ما يلقــى إيماءات من الرأس وتعليقات مثل: «أنا أيضًا كنت أعتقد ذلك، عندما أتحدث إلى

قادة المستشفيات، والسؤال دائمًا ما يُسأل، وجواب الجمهور دائمًا هو نفس الجواب. يفترض أن الأطباء يريدون قيادة جهود تجربة المريض، ولكنهم في الواقع لا يشاركون أو يسهمون في كثير من الأحيان.

وعادة ما يكون الأطباء مبجلين من قبل زملائهم من غير الأطباء، لذلك تقدم لهم مجموعة من الأعذار لعدم مشاركتهم في المبادرات المهمة لتجربة المريض: «الأطباء مشغولون جدًّا ولديهم أشياء أكثر أهمية لتشغلهم. وقتهم لا يقدر بثمن، ولا ينبغي لنا أن نكلف عليهم بهذا العمل. إنهم أشخاص أذكياء وعلى علم بأهميتها، ولكن علينا أن نقودها نيابة عنهم». آخرون يقرون أنه عندما يكون الأطباء على الطاولة، فإنهم لا يشاركون حقًّا في المساعدة في إصلاح أي شيء.

وهذه الأعذار غير مقبولة. فلا يمكننا تحسين السلامة والجودة، أو تجربة المريض، أو تحويل وتطوير ثقافة الرعاية الصحية التي نحتاج إليها، من دون وجود الأطباء على الطاولة، يشاركون وينخرطون في القيادة. الضغوط على المستشفيات اليوم كثيرة حتى إنه ببساطة لا يمكننا النجاح بدون مساعدة الأطباء. وبغض النظر عن الصعوبة، فيجب مواجهة التحديات التي تواجه إشراك الطبيب مباشرة. التأثير الذي يمكن أن يحدثه الأطباء على تجربة المريض هو بنفس قوته اليوم كما كان تأثيره على المرضى قبل ١٠٠ سنة.

إذا كنت تقر بأن تجربة المريض هي كل شيء حول المريض، وإذا كنت تقبل تعريف عيادة كليفلاند-أن تجربة المريض تشمل كيفية تقديم الرعاية الآمنة والعالية الجودة، في بيئة من الرضا، لتحقيق الرعاية الصحية القائمة على القيمة، فيجب عليك بنفس القدر أيضًا الإقرار بأنه لا يمكن تحسين تجربة المريض دون قيادة راسخة من الرئيس التنفيذي، فإنه لا يمكن تحسينها دون إشراك الطبيب. حتى لو كنت تعتقد أن تجربة المريض هي عبارة فقط عن الرضا وجعل المرضى سعداء، فسينطبق الشيء نفسه.

اتخاذ موقف أن الأطباء «لديهم الكثير للقيام به» أو «أنهم أناس أذكياء وسوف يدركون أهمية ذلك» غير كاف ويقلل من التأثير الذي يمكن أن يكون للأطباء على مبادرات تجربة المرضى. الأطباء لهم تأثير هائل على كل من المرضى ومقدمي الرعاية الآخرين في المنظمة، وعادة ما ينظر إليها على أنهم القادة من قبل مرؤوسيهم. الأطباء يحتفظون بمكانة لا

تصدق من الاحترام، والمرضى وأسرهم يتعلقون بكل كلماتهم وأفعالهم؛ وتأثيرهم الشخصي على تجربة المريض لا مثيل له. فهم أقوى الموجهين لإدراك المرضى والخدمة وأكثرهم فاعلية. لقد جادلت في كثير من الأحيان أن الأطباء هم أهم أداة لإصلاح الخدمة. حيث يمكن أن يؤثروا على المرضى بشكل كبير. فائدة أخرى من مشاركة الطبيب هو أنه بمجرد انخراطهم، فإنهم يصبحون شركاء أقوياء في ضمان نجاح جهود تجربة المريض.

الوصول إلى القيادة:

ومن العناصر الحاسمة في ارتباط (مشاركة) الأطباء الاعتراف بأهميتهم في الرعاية الصحية ودورهم الفريد في علاقات المرضى. لن أجادل أبدًا أن ما يفعله الأطباء هو أكثر أهمية من الرعاية التي يقدمها الأعضاء المهمون الآخرون في فريق الرعاية الصحية، ولكن الأطباء يستحقون الاعتراف بأن دورهم مختلف. معظم الأطباء يريدون المساعدة، ولكن في كثير من الأحيان لا يتم سؤالهم أو إشراكهم بشكل هادف. يقول كوسغروف ولي(Lee) إن الأطباء بحاجة إلى الانخراط «في غرض مشترك نبيل». ولب ذلك، بأن تجعلهم يساعدون في «السعي لتحقيق هدف تنظيمي مشترك»(٨). في منظمتنا، لقد طلبت شخصيًا تقريبًا من كل القيادات الطبية المهمة مساعدتي في تعزيز تجربة مرضانا، ولم يرفض أحدهم قط. قد يجادل البعض بأنه ينبغي ألا تكون هناك حاجة إلى طلب المساعدة عندما تكون المشاركة مطلبًا من القيادة. أنا لا أوافق، لأن علينا أن نتذكر، فنحن نتحدث عن مجموعة فريدة من أصحاب المصلحة. فالأطباء محركات التنظيم الإكلينيكي ويستحقون بعض الاحترام فيما يتعلق بوقتهم.

خطوة أولى جيدة جدًا هي تقديم عروض مفيدة للأطباء لمساعدتهم على فهم تجربة المريض وكيف تؤثر عليهم. انضممت في البداية إلى مجموعات صغيرة من الأطباء في اجتماعات الإدارة لتقديم خطاب رفيع المستوى يشرح أهمية تجربة المريض وطرق تحسينها. ومع ذلك، لم تكن هذه المحادثات المبكرة فعالة، لأنه في الواقع لم يكن هناك لب للعرض الذي قدمته -لا إستراتيجية ولا أساليب موصى بها. وبالإضافة إلى ذلك، لم يكن لدي أي بيانات صلبة تدعم ما كنت أتحدث عنه. فقط أظهرت النتائج الإجمالية التي حصل عليها المستشفى في تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها

HCAHPS Scores، وفي ذلك الوقت لم نكن نفهم حقًّا كيف نطبق ذلك على البيئة المحلية أو كيف يمكن للأطباء أن يكون لهم تأثير على النتائج.

كانت شــكوك الأطباء واضحة، وكان بإمكاني أن أرى عدم الاهتمام بتعبيرات الوجه. كان من الواضح أن معظم الأطباء يسايرونني ويبدون الاهتمام تلطفًا منهم. كانوا يسألون بعض الأسئلة السهلة حول المفاهيم ومن ثم يسألون بالضبط عما أريد منهم القيام به للمساعدة. لم يرفض الأطباء الرســالة. كانوا ببساطة يطبقون مهاراتهم التحليلية على ما كنت أقوله لكي يفهموه بشــكل أفضل. فالأطباء مدربون على تفســير وفهم القضايا المهمة. لم يكن لدي أي مادة حتى الآن، المعلومات التي قدمتها مثلت مجرد مظهر خارجي جذاب وخادع، وهو ما يجــوز مع الأطباء. وقد علمتني ردود أفعالهم أنــه إذا أردنا إشراك الأطباء، فيجب علينا أن نقدم لهم معلومات مفصلة ونوصل لهم بالضبط ما نريد منهم أن يفعلوه للمساعدة -وهو مفهوم أساسي في إدارة التغيير.

ومــع ذلــك كان هناك أحد الأجزاء من العــرض الذي أقدمه، يُصــادِفُ اهتمامًا واضحًا من الأطباء. ففي كل مرة كنت أتحدث فيها عن برنامج التأمين الطبي لكبار السن للشراء المبني على قيمة المستشفى(Medicare's Hospital Value -Based Purchasing Program (HVBP، كان مــن الواضــح أن معظم الأطبــاء لم يكن لديهــم أي فكرة عما يدور حولــه. وقد كان لــدي شريحة توضح بالتفصيل ما الذي كان يســتهدفه برنامج التأمين الطبي لكبار الســن (Medicare) في ذلــك الوقت على وجه التحديد، بما في ذلك مؤشرات الســلامة، والمقاييس الأساســية للجودة، وبيانات تجربة المرضى الخاصة بتقييم مســتهلكي خدمات المستشفيات لمقدمــي الرعاية الصحيــة وأنظمتها (HCAHPS). لقد وصفت لهــم العملية، التي كانت يشــار إليها ســابقًا باســم «الدفع مقابل الإبلاغ»؛ حيث توضع نســبة ٢ في المائة من سداد برنامج الرعاية الطبية لكبار الســن(Medicare) للمستشــفيات رهنًــا بالتقديم التطوعي للمقاييس الأساسية للجودة وبيانات تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS)، ووصفت لهم كيف يمكن أن ينتقل ذلك في نهاية المطاف إلى الدفع مقابل الأداء، حيث إن المستشــفيات لن تتلقى المدفوعات إلا عن طريق استيفاء معايير محددة. وكان الأطباء حقًا يولون هذا الجزء من العرض الذي أقدمه اهتمامًا شديدًا.

وأستطيع القول بأن الكثيرين لم يكونوا قد سمعوا أبدًا عن برنامج التأمين الطبي لكبار السن للشراء المبني على قيمة المستشفى (HVBP).

لقــد أدركت بشــكل واضح جدًّا أننــا بحاجة إلى تثقيف الأطباء حــول ما يجري في بيئة الرعاية الصحية ولماذا يعد دورهم في المســاعدة على إدارة ذلــك أمرًا حيويًا. إن معلومات برنامج التأمين الطبي لكبار الســن للشراء المبني على قيمة المستشــفى (HVBP) كان لها تأثير مباشر على الأطباء، ليس لأنها مجرد مبادرة أخرى من مبادرات المستشفى، بل لتأثيرها عليهم بشــكل شخصي. وفي ختام أحد النقاشات، توافق معي هان رئيس العاملين في عيادة كليفلاند، الذي كان دائمًا ما يشاهد الجماهير بينما يستمعون، على أن الرسالة وجدت صدىً حقًا.

ولقد نقحت عرضي لإبراز ثلاثة أسـئلة محددة مُوجَّهةٍ إلى المرضى بشــأن جودة تواصل الأطباء في بيئة المستشفى. وبذلك حظي هذا الجزء من العرض باهتمامهم حقًا. وسرعان ما أدركــت أن الأطباء لم يكونوا يعرفون أو يفهمون آلية الاســتقصاءات التي ترعاها الحكومة. والتي يطلب من خلالها من المرضى تقييم مهارات الاتصال لدى الأطباء. كما أنهم لم يقدروا أن أداءهم الفردي سينشر في نهاية المطاف على شبكة الإنترنت ويرتبط على الأرجح بسداد المطالبــات. لقد صدمني هذا الاكتشــاف. وكان أحد أهم الطــرق لإشراك الأطباء هو بمجرد تثقيفهم حول المشهد الجديد والطريقة التي سيتم بها الحكم عليهم شخصيًا.

كانت إجابات مجموعة الأطباء العاملين لدينا مشــابهة جداً لمجموعة الأطباء الممارسين في القطــاع الخاص الذين يتعاملون معنا. ولم تفهم أي من المجموعتين بشــكل كامل الآثار المترتبة على البرامج الحكومية التي يتم نشرها وكيفية تأثيرها في النهاية على الأطباء بشــكل شــخصي. وعلى الرغم من أن التواصل مع الأطبــاء العاملين في عيادة كليفلاند كان من أكثر سهولة لأن لهم تبعية تنظيمية واضحة سواء في القسم أو المعهد إلا أن الأمر لا يزال يحتاج إلى الوقت والالتزام لتثقيف وإشراكهم بشــكل فردي. وأي شــخص يظن أن الأطباء العاملين عندما تطلب منهم فعل شيء ما، فإنهم سوف يقفون ويؤدون لك التحية فإنه لا يفهم حقًا ثقافة الأطباء. يجب أن يتم إقناع الأطباء العاملين وإشراكهم تمامًا مثل الأطباء الممارســين في القطاع الخاص.

وقد كان إشراك الأطباء الممارسين في القطاع الخاص أكثر صعوبة إلى حد ما. ففي البداية وعندما أصبحت مديرًا تنفيذيًا لتجربة المريض، أقمنا جلسـات عشـاء لأطباء مستشـفياتنا المجتمعية لمناقشـة تجربة المريض: ما تعنيه، سبب أهميتها، والطريقة التي يتم بها قياسنا، وكيـف أننا جميعًا خاضعون للمسـاءلة. وكانت هـذه العروض التي قدمتها مشـابهة لما قدمتـه للأطباء العاملين لدينا. وكان أكثر ما ناقشـناه هو بيانات تقييم مسـتهلكي خدمات المستشـفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتهـا HCAHPS، وهو مقياس لتجربة مرضى الأقسـام الداخلية (المنومين). وفي حين أن الأطباء الممارسين في القطاع الخاص يمكنهم التأثير بالتأكيد على هذه الدرجات من خلال سلوكهم، إلا أن هذه المقاييس هي خاصة بالمستشفى وليسـت مقاييس فردية للأطباء، لذلك لم يكن هؤلاء الأطباء مناطًا للمساءلة بشكل فردي. وخلال إحدى جلسـات العشـاء، علق أحد الأطباء الناجحين جدًا من الممارسـين في القطاع الخاص: «لا يهمني نتائج تقييم مسـتهلكي خدمات المستشـفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها HCAHPS، هذه مشـكلتكم أنتم، وليست مشكلتي أنا» في عام ٢٠٠٩، ما الذي كان يمكنني قوله؟ كان على حق، حيث كان تقييم المسـتهلكين لمقدمي وأنظمة الخدمات الصحية HCAHPS في المقام الأول قضية تتعلق بالمستشـفى، ولم يكن لدينا سـوى القليل الذي يمكننا فعله لإخضاع الأطباء الممارسـين في القطاع الخاص للمسـاءلة. صحيح أن نتائج تقييم مسـتهلكي خدمات المستشـفيات لمقدمـي الرعاية الصحيـة وأنظمتها HCAHPS كانت تشـمل كيفية تواصل الطبيب الخاص مع مرضاه، ولم تكن فقط حول أسـلوب عمل المستشـفى، ولكن المستشفى كان معاقبًا على سوء الأداء، بينما لم يكن الطبيب الممارس في القطاع الخاص معاقبًا على ذلك.

وفي اجتماع لاحق، تناولنا الجهود الرامية إلى تحسين تواصل الأطباء الممارسين في القطاع الخـاص مع المرضى. حيث قد قمنا بتطوير برنامج لتحسـين تواصـل الأطباء العاملين لدينا وقد أردنا أن نقدمه للأطباء الممارسـين في القطاع الخاص لمسـاعدتهم على التحسـن أيضًا. قال هذا الطبيب نفسـه: «عندما أذهب إلى منافسيكم، يضعون أذرعهم حولي ويسألونني عما يمكنهم القيام به من أجلي وعندما أجيء إلى مستشـفاكم، دائمًا ما تقرِّعُونني بقياسات الجـودة الخاصة بي، أين الشـكر لي على جلب مرضاي لكم؟ «أعتقد ببسـاطة أنه من غير المعقـول الاقتراح بأنه يجب علينـا تقديم الاهتمام بجعل الأطباء سـعداءَ على رصد نتائج الجودة للمرضى! ولكن هذه المقولة لخصت تحدياتنا إلى حد كبير.

ومع ذلك، فإن واقع الأطباء الممارسين في القطاع الخاص يتغير. حيث يقوم برنامج التأمين الطبي لكبار السن (Medicare) بإنشاء روافع قوية في شكل تقارير الجودة والشفافية مما يجبر المستشفيات على أن تكون أكثر صرامة فيما يتعلق بأداء الأطباء. إن الخطر الذي يواجه الأطباء ليس مجرد نشر التقارير عن الجودة وبيانات تجربة المريض وارتباطه بسداد المقابل. وسوف يخضعون للمساءلة بشكل متزايد في أربعة مجالات حاسمة: النتائج، والشكاوى، والسلوك، وتجربة المريض.

إن العالم يتغير بالنسبة للأطباء:

نحن نتحرك من عالم قائم على الكم، حيث يتم دفع الأطباء للقيام بالمزيد من الإجراءات ورؤية المزيد من المرضى، إلى عالم قائم على القيمة حيث يكافأ الأطباء والمستشفيات عن مدى حسن تصرفهم مع المرضى. ومن الأمور الحاسمة في هذا التغيير هي كيفية رصد النتائج. لدينا حاليًا القليل جدًا من البيانات حول مدى جودة أداء الأطباء، ولكن سيتم جمع المزيد من البيانات تدريجيًا، ونتيجة لذلك، سيتم محاسبة الأطباء عن مدى جودة تقديمهم للرعاية. فالذين يؤدون بشكل سيئ سيخسرون المال، وستتحدد السمعة التي سيحظون بها بناء على ذلك الأداء، ويمكن أن يواجهوا عقوبات تنظيمية نظرًا لخضوع المستشفيات بشكل متزايد للمساءلة عن السلامة والجودة.

إن الجهات الرقابية تنصت للمرضى وتحقق في الشكاوى المتعلقة بالأطباء والمستشفيات. في ولايتي (ولاية أوهايو)، وزارة الصحة تحقق بقوة في شكاوى المرضى. وقد تؤدي شكوى من مريض مجهول بخصوص طبيب إلى وزارة الصحة في أوهايو أو مراكز برنامج التأمين الطبي للأسر والأفراد ذوي الدخل المحدود (Medicaid) وبرنامج التأمين الطبي لكبار السن (Medicare) إلى إجراء تفتيش مفاجئ على المستشفى. وسواء كانت الشكوى صحيحة أم لا، فقد يكشف التحقيق عن أوجه قصور أخرى يمكن أن تعرض المستشفى للخطر فيما يتعلق باشتراطات المشاركة في برنامج التأمين الطبية لكبار السن (Medicare)، وهو الحد الأدنى من المعايير التي يجب على المستشفى الوفاء بها للحصول على مقابل الخدمة. أفعال طبيب واحد يمكن تعرض مشاركة المستشفى بأكمله في برنامج التأمين الطبية لكبار السن (Medicare) للخطر. ومن وجهة نظر تنظيمية، فمن الواضح أن هذا أمر غير مقبول.

لم تعد المستشفيات قادرة على النظر للأمر بطريقة أخرى، لأن سوء الجودة أو السلوك غير المناسب قد يضع المنظمة في خطر كبير.

هذه البيئة الجديدة تربط بين الأطباء والمستشفيات عن كثب. فنحن نعتمد على بعضنا البعض من أجل الأداء المرتفع وعلينا أن نعمل معًا من أجل البقاء. فكلما فهم الأطباء ذلك بشكل أسرع، وكلما فعلنا المزيد مما يمكنهم أن يقوموا بمساعدتنا؛ نجحنا في خوض الصعوبات لإصلاح الرعاية الصحية. كل محادثاتي مع الأطباء الآن تنتهي مع شريحة تبين أسباب أهمية الالتفات إلى تجربة المريض:

١. لأنها الشيء الصحيح الذي ينبغي القيام به.

٢. لأنها الطريقة التي تريد لنفسك أو لعائلتك أن تعامل بها.

٣. لأنها تمثل إدراك المرضى للجودة.

٤. لأنها أساس الرعاية المرتكزة على المريض.

٥. الحكومة.

إن قائمتي دائمًا ما تبدأ بسببي المفضل: «إنها الشيء الصحيح الذي ينبغي القيام به». هل نحن حقًا بحاجة إلى سبب آخر؟ بالنسبة لغير المقتنعين والمشككين، اختتمت بـ «الحكومة»: فإذا كنت لا تعتقد أن تحسين تجربة المريض مهمة لأنها الصواب، فعليك أن تفهم أن الحكومة الآن تبلغك بأنها مهمة وتجعلك مسؤولًا عن تحسينها.

اليوم، يعد الطبيب الممارس في القطاع الخاص الذي أشرت إليه سابقًا واحدًا من أقوى داعمينا والمدافعين عنا. وقال إنه لم يأت جنبًا إلى جنب بسبب حديثنا الدعائي عن سبب وجوب فعل ذلك بل لأنه أخذ بجهودنا في التثقيف وتوصل إلى فهم أفضل للأهمية. ويشارك هذا الطبيب أيضًا لأننا قمنا بتقدير دوره باعتباره محوريًا. تحديد القادة من النظراء الأقوياء مثله ومساعدتهم على فهم أهمية ما يحدث يخلق حلفاء أقوياء في الحرب من أجل التحسين.

حاليًا عندما أتحدث إلى الأطباء حول التغيرات في سوق الرعاية الصحية، ما زلت أقول، «هذا هو الشيء الصحيح الذي ينبغي القيام به». والطريقة التي تريد لنفسك أو لعائلتك أن

تعامل بها. بالنســبة لقلة قليلة حقًا، يجب أن أوضح من حين لآخر أنه ما لم يكونوا يرغبون في الممارســة على جزيرة صحراوية خارج نظام الرعايــة الصحية الأمريكية، فهم بحاجة إلى إعطاء اهتمام وثيق جدًّا. وأعتقد أننا نجحنا في اتخاذ التغييرات المهمة في البيئة والاستفادة منها كمنصة مشــتعلة من أجل الحصول على مشــاركة الأطباء. وأيضًا فإن مساعدتهم على فهم كيفية تأثير هذه التغيرات البيئية على مصلحتهم الذاتية يعد أسلوبًا آخَرَ مهمًّا (٩).

الشفافية أداة مهمة لإشراك الأطباء:

الشــفافية أداة قوية ستغير وجه الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، وهي أمر لم يعتد الأطباء التعامل معه تمامًــا. وتمامًا كما كانت مقاييس مهارات الاتصال الفردية لدى الأطباء مبهمة نســبيًا في الوقــت الحاضر، كذلك كانت النتائج الفردية للأطباء. ولكن مع اســتمرار الحكومــة في دفع المستشــفيات لجمع المزيــد والمزيد من البيانات عن أداء المستشــفيات والأطباء، ســيتم نــشر مقاييس الأداء المتعلقــة بالتواصل والنتائج على الإنترنت وســتكون متاحة للجميع، إن القياسات الفردية للأطباء والتي يقوم برنامج التأمين الطبي لكبار السن (Medicare)بتطويرها سينشــأ عنها مخاطر تتعلق بالسمعة وبالعقوبات المالية أيضًا. هذه التغيرات البيئية ســوف تخلق ضغطًا على كل طبيب في الولايات المتحدة تقريبًا. ســواء كان من مجموعة العاملين في المستشفيات أو من الممارسين في القطاع الخاص.

فسيصبح لدى المرضى والشركات والمُمَوِّلين قدرة أكبر على عرض وتحليل أداء الأطباء، مما يؤدي على الأرجح إلى مزيد من تعزيز مصالح المســتهلك في مجال الرعاية الصحية. سيختار المرضى أين سيســعون للحصول على الرعاية بناء على تقييمات أداء الأطباء. إن الإعلان عن البيانات وربطها بالســداد سيغير بشكل كبير ســلوك الأطباء في السوق وطبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض. وسيضطر الأطباء إلى مراقبة أدائهم حيث ستتم مقارنته بالمعايير الوطنية، الأمر الذي سيؤثر على سمعتهم.

كانــت هناك بعض الجهــود الرائدة في الشــفافية فيما يتعلق ببيانــات الأطباء. كانت «هيلــث جريدز» (Healthgrades) واحدة من أولى الشركات على الإنترنت لتزويد المرضى بآلية لتقييم تجاربهم مع الأطباء بمنحهم من نجمة واحدة إلى خمس نجمات. وهذا التقييم

منحاز بطبيعته، حيث يمكن لأي شــخص أن يقيم الطبيب، حتى من غير المرضى والذين قد يحملون ضغينة. وفوق ذلك توضع التقييمات في نطاق عام (Public Domain) لكي يراها الجميــع. واليوم، «هيلث جريدز» (Healthgrades) لا تســعى فقــط لقياس ردود أفعال المــرضى. بل تســتفسر الشركة من قواعــد البيانات العامة لتجميع المعلومــات عن التعليم والجوائز واللغات المنطوقة والســجلات الجنائية وإجراءات مجالس الإدارات والشــهادات والعقوبات وســوء الممارســة. بالإضافة الى ذلك، توفر «هيلث جريــدز» (Healthgrades) معلومات عن إتاحة الوصول للخدمة: أين يمكن أن تتم مناظرة المرضى وما هي أنوع التأمين المقبولة.

ويتمثل أحد التحديات في البيانات المنشــورة علنًــا في أن الجمهور لا يعرف في كثير من الأحيان أن البيانات متاحة. فمعظم مســتهلكي الرعاية الصحية ليس لديهم فكرة عن قيام برنامج التأمين الطبي لكبار الســن (Medicare) بنشر بيانات المستشــفيات على الإنترنت. وقد وجد تحالف شركاء الجودة الصحية في ماساتشوستس (The Massachusetts Health Quality Partners coalition) طريقــة مثيرة للاهتمام لحل هذه المشــكلة في عام ٢٠١٢ مــن خلال شراكة مع منظمة تقارير المســتهلكين (Consumer Reports organization) لإنتاج تقرير خاص حول كيفية تقييم المرضى لممارسات أطباء ماساتشوستس[١٠]. وقد أجريَ مسح على حوالي ٦٤,٠٠٠ بالغ للحصول على بيانات عن تجاربهم في الرعاية الصحية مع أكثر من ٤٨٠ ممارســة في تخصصات البالغين وتخصصات الأطفال حيث قام المستهلكون بتقييم الممارســات بناء على التواصل مع المريض والتنســيق في الرعاية والإلمام بالســجلات الطبية للمرضى وســهولة الحصول على المواعيد والمجاملة من قبل الموظفين. وعلى الرغم من قيام رواد هذه الدراســة بحث مختلف أصحاب المصلحة عــلى التعاون، كان العديد من الأطباء غير ســعداء بهذه الشــفافية، حيث لم تسجل كل الممارســات نتائج مرتفعة، وواجه البعض اســتخدام نفس نظام التمثيل المــرئي (كرات هارفي) (Harvey Balls) لتقييم الممارســات الطبية مثلها في ذلك مثل السلع كالغسالات والخلاطات.

يمتلــك برنامــج التأمين الطبي لكبار الســن (Medicare) موقعًا إلكترونيًا عامًا يســمى «قــارن طبيبًــا» مصممًا لتوفــير بيانات فردية عن الطبيب في الســلامة والجــودة، وتجربة

الرعاية. سـيؤدي ذلك إلى إحداث تحـول في التقارير العامة عن الأطباء، لأن برنامج التأمين الطبي لكبار السـن (Medicare) سـيضع المعايير التي يتم من خلالهـا جمع البيانات، بما في ذلـك ما الذي يتـم الإبلاغ عنه، وكيفية الإبـلاغ عنه، ومن يتوجب عليه المشـاركة. وفي الحقيقة، سيشارك جميع الأطباء الذين يعملون مع مرضى برنامج التأمين الطبي لكبار السن (Medicare) جميع الأطباء. وعلاوة على ذلك، كما هو الحال مع برامج التأمين الطبي لكبار السـن (Medicare) الأخرى مثل خفض إعادة التنويم بالقسم الداخلي، والشراء المبني على القيمة، وغيرها، حيث سيتم ربط الإبلاغ بالسداد، وبذلك ستكون هناك عقوبات مالية على عدم المشاركة.

ولقد اسـتفادت عيادة كليفلاند بشـكل كبير من شـفافية البيانات في دفع التحسين في منظمتنا. فبالنسبة ل ٣,٢٠٠ من أطبائنا المعينين، فلدينا شفافية تامة مع ملاحظات المرضى. ويتلقـى جميع أطباء المعينين بيانات محددة حول كيفية إدراك المرضى المنومين في القسـم الداخـلي للتواصل؛ عدد وطبيعة الشـكاوى، بمـا في ذلك الأقوال الحرفيـة للمرضي: ونتائج حالات إسـعافية مختارة. كل ثلاثة أشـهر، يتلقى جميع الأطباء قوائم مكشـوفة بحسـب الأقسـام. يمكن للأطباء رؤية البيانات الخاصة بهم، وكذلـك الخاصة بجميع زملائهم. هذه الشـفافية التامة غير اعتيادية بالنسـبة لمجموعة كبيرة من الأطباء كتلك المجموعة، ولكنها مهمة جدًّا. وقد قدمت شـفافية البيانات للموظفين أداة مهمة للتحسين الشخصي، وكذلك ساعدت على تحضيرهم لما هو قادم بشكل واضح في البيئة الوطنية.

إن الأطباء مهمون وكذلك الآخرون:

عند مناقشة التغيرات البيئية، غالبًا ما يشير الأطباء سريعًا إلى كونهم القطعة الأساسية في الرعايـة الصحية. فكما قال أحدهم: «بدون أطباء، لن يكون هناك رعاية صحية، لذلك على الجميع الاهتمام بنا بشـكل أفضل» وهو بالتأكيد كان محقًا، ولكن يمكن أن تلاحظ بشكل سريـع أنه بدون التمريض فلن يكون هناك أيضًا رعاية الصحية سـواء في الواقع، لن تكون هنـاك رعاية صحية اليوم بدون الكثير من الأشـياء والأشـخاص المختلفين. الأطباء مهمون، وغالباً ما يشـار إليها بأنهم بمثابة المحرك للرعاية الصحية، ولكن المحركات لا يمكن أن تطير بمفردهـا بدون باقي أجزاء الطائرة. مواءمة وإشراك الأطباء يتطلب منا الاعتراف بأهميتهم.

ومع ذلك، نحن بحاجة أيضًا لمسـاعدة الأطباء عـلى مواجهة حقيقة أن الأمر لا يتعلق بهم فقط، وكونهم «المحرك» ليس رخصة لهم للقيام وقول كل ما يحلو لهم.

إن آراء الطبيب ضرورية، ويجب أن تُسـمع أصواتهم. ولكن على الأطباء أيضًا مسؤولية المشـاركة، والاسـتماع، وضبط الإجراءات عند الضرورة لدعم المنظمة، وأن يكونوا مشاركين منتجين لمساعدة المنظمة على النجاح، كما يجب على الأطباء الحفاظ على ذكائهم العاطفي في الاختيار. فالقادة الإكلينيكيون من غير الأطباء، وكذلك القادة غير الإكلينيكيين في الرعاية الصحيـة، يميلون إلى تمييز الأطباء. أنا أكره الجلوس في الاجتماعات عندما يقوم أحد الزملاء مـن الأطباء بالتحدث عن شيء يعـرف عنه القليل أو لا يعرف عنه في حين يظل القادة غير الإكلينيكيـين صامتين. ومع ذلك، بمجرد خروجهم من الاجتماع، سـيقولون عن الطبيب من وراء ظهره. تلك المشاركة بلا قيمة! إن القادة الإكلينيكيين والقادة غير الإكلينيكيين يجب أن يكون لديهم الشجاعة لمعارضة الأطباء علنًا.

وإذا كنا على اسـتعداد للاعتراف بأن الأطباء متفردون ويسـتحقون بعض المراعاة، فهذا أيضًا يتطلب منا أن نطالبهم بشيء. يجب على الأطباء أن يحافظوا على أنفسـهم وزملائهم عند أعلى مسـتوى من السلوك بسـبب أثرهم وتأثيرهم على المرضى والموظفين، يجب على الأطباء والقيادات الطبية التركيز بشـكل أكبر على جعل أقرانهم مسـاءلين عن مدى قيامهم بالشيء الصحيح. على سـبيل المثال، ويجب ألا نتسـامح أبدًا مع الترهيب. فالأطباء يكونون بمثابة قدوة للمرضى والطلاب والممرضين، وغيرهم في مجال الرعاية الصحية. فالسلوك الذي يخرق هذا التصور يقوض الثقة التي نضعها في الأطباء لتقديم الرعاية.

يجب على الأطباء أيضًا أن يفهموا التأثير اللاشعوري الذي يمتلكونه على القادة الآخرين. إن الحصول على شـهادة طبية لا يمنح خبرة في إدارة منظمات الرعاية الصحية. ويجب على فرق القيادة أن تعترف بشكل جماعي بأن كل واحد يجلب معه وجهة نظر فريدة للنقاش. ولا ينبغي السـماح لأي مجموعة واحدة بالسـيطرة. لقد شعرت بالضيق مؤخرًا عندما قال زميل وعضو مهم في فريق الإدارة التنفيذية إنه لم يستشـعر أبدًا احترامًا من الأطباء له لأنه ليس طبيبًا. وليس هذا هو نوع البيئة التي نحتاجها من أجل النجاح.

يجـب أن يكون هناك أيضًا جهـد حقيقي من قبل قادة المستشـفيات لإشراك الأطباء. عندما تحدثت إلى مجموعة من قادة المستشفيات من غير الإكلينيكيين في مؤسسة خارجية

حول مشاركة الأطباء في إستراتيجية المستشفى، أعربوا عن إحباط كبير لعدم وجود دعم من الأطباء. لقد شكوا: «في كل مرة نتخذ قراراً يؤثر على شيء ما في غرف العمليات، يبدو كما لو أن الأطباء يعارضونه دائمًا. لا أحد يدعمنا!» سألت هؤلاء القادة كيف شجعوا التشاور مع الجراحين وأشركوا قيادات الأطباء، وقد أجابوا بأن القيادات الطبية الرئيسية يتم دعوتهم إلى جميع الاجتماعات الهامة ولكنهم نادرًا ما كانوا يحضرون.

وقد اكتشفت أن اجتماعاتهم تُجرَى في وقت متأخر من الصباح عندما يكون معظم الجراحين قد بدؤوا بالفعل جداول غرف العمليات الخاصة بهم. إن الأطباء الممارسين في القطاع الخاص، الذين تعتمد معيشتهم على الحالات، لن يعيدوا جدولة المرضى أو يتركون فترات زمنية مفتوحة لاستيعاب الاجتماعات، كما عقدت المؤسسة أيضًا اجتماعات أخرى حيث يتم تدقيق القرارات المهمة من الناحية التشغيلية، ولكن بدون أن تتم دعوة الجراحين لها، وهذ الاجتماعات حقيقة هي التي تتخذ فيها القرارات، وما تسمى بالاجتماعات المهمة لم تكن سوى اجتماعات لعرض قرارات اتخذت بالفعل.

وإذا أردنا أن نكون ناجحين في إشراك الأطباء، يجب أن يكونوا موجودين فعلا لإجراء نقاشات حقيقية، فدعوة الأطباء إلى اجتماع لمجرد مظهر خارجي جذاب وخادع وعدم إشراكهم بطريقة هادفة هي محاولة سطحية لإشراك الأطباء التي ببساطة لن تعمل. إذا ما أرادت المستشفيات النجاح في أي مبادرة إستراتيجية، فلابد لهم من الالتزام بإحضار الأطباء إلى طاولة النقاش، وهذا قد يتطلب القليل من استيعاب واحترام التحديات التي تفرضها طبيعة ممارساتهم على جداول أعمالهم.

أسلوب آخر فعال استخدمته عيادة كليفلاند لإشراك الأطباء هو تحديد أوائل المبادرين والاستفادة بهم في مناصب القيادة الطبية من أجل دفع المبادرات الجديدة. سيكون لدى هؤلاء المبادرين الأوائل اهتمامٌ بما يجري وسيكون لديهم الفهم لما تحاول أنت تحقيقه. هؤلاء هم من بادروا برفع أيديهم للتطوع، أو من لديهم اهتمام خاص بالبرامج المصاحبة لتجربة المريض. ومن المهم أيضًا البحث عن قادة الأطباء الذين يحظون بالاحترام. ليس بالضرورة أن يكون كل الذين يتقدمون للتطوع هم من الناس الذين ترغب في أن يقوموا بقيادة المبادرات الخاصة بك. عليك تحديد القيادات الطبية، حتى غير الرسمية، التي تحظى

بالاحـــترام في ثقافة الأطباء ويمكن تطويرهم لكي يصبحوا نموذجًا وقدوة، ســيكون لهم تأثير كبير على تحســين دعم الأطباء للقرار. نحن نميل إلى اختيار نفس الأشــخاص للمســاعدة في مختلف المبادرات. ولكن من الضروري أن نسعى لتوسيع قاعدة المشاركة لدى الأطباء. لكن الخبرة هي أيضًا أمر حاسم. فمن الخطأ اختيار الأطباء الجدد، الذين قد يكون لديهم وقتٌ أكـثر، أو الأطبــاء الذين هم على مقربة من التقاعد وإنهاء الممارســات الإكلينيكية الخاصة بهــم. وعلينا التأكــد من أخذ شريحة من الأطباء الإكلينيكيين المنشــغلين الذين يعملون في الخطــوط الأماميــة. إنهم يحظون بأكبر قــدر من الاحترام بين أقرانهــم ولديهم وجهة نظر تواكب بشكل أكبر المشهد الحالي على الساحة الإكلينيكية.

لقد بذلنا جهداً لجعل الأطباء يلتفون حول كل ما نقوم به في تجربة المريض. لدينا أطباء مشــاركين في فريق الوحدة، ويتشاورون مع إدارة التحقيقات والشكاوى، ويدرِّسون مهارات الاتصــال. كما نســتعين بالأطباء في كثير من الأحيــان، مع أي شيء يتعلــق تجربة المريض، ونستعين بهم للمساعدة في قيادة ودفع البرامج وحمل الرسالة إلى الآخرين في جميع أنحاء المنظمة حول ســبب أهميتها. وهذا ليس شيئاً بدأه مكتب خدمات المرضى؛ ولكنه الأسلوب الأفضل للممارســة والذي تتبعه مؤسســتنا مع أهم المبادرات. وقد قمنا في عيادة كليفلاند بدمج الأطباء في كل جانب من جوانب صنع القرار. ويبلغ عدد الأطباء المشاركين في المناصب القياديــة أكثر من ٣٠٠ طبيــب، أي ما يقرب من ١٠ في المائة من العاملين في المجال الطبي. ولكــن حتى إشراك العديد من الأطباء لا يضمن أن يكون هناك قبول عام للبرامج الجديدة والمبادرات الإستراتيجية. يتطلب الأمر بعض الوقت، وشفافية صنع القرار، والقيادة الجديرة بالثقة. وجود الأطباء على الطاولة وحده ليس كافيًا. بل يجب أن يشــاركوا في المناقشــة وأن يصبحوا جزءاً لا يتجزأ من عملية اتخاذ القرارات الرئيسية.

فالأطبــاء كمجموعة هــم أذكياء، وحازمون، ولديهم الدافعيــة، يتجهون صوب الهدف، وركــز عــلى القيام ما هو صواب مــن أجل المرضى. عدد قليل هو مــن يدخل مجال الطب ويقســم قســم أبقراط دون أن تكون لديه الرغبة المطلقة في رعايــة الناس. كما أن الأطباء يظلون يتعلمون مدى الحياة، ولديهم فضول لا يشبع.

عندمــا تقدمت بطلــب الالتحاق بكلية الطــب، قدم لي أحد الأطباء مــن ذوي الخبرة مشــورته. حيث نصحني أن أعد نفسي لرحلة لا تنتهي أبدًا من الاستكشــاف والاكتشــاف،

رحلة من شـأنها أن تفتنني باسـتمرار، وتجعلني أفضل في كل ما أفعله، ولها فائدة إضافية هي مسـاعدة الآخرين. بدا وكأنني على وشـك الشروع في مغامرة ملحمية. وكانت تجربة المريض هي تلك المغامرة.

يفاجئني أنه وبينما ينضج الأطباء في الممارسـة العملية، فإنهم يستمرون طوال حياتهم في السـعي للحصول على المعرفـة الطبية ولكنهم غالبًا ما يفشـلون في تطوير مهاراتهم في مجال العلاقات الشـخصية والتفاعل مع المرضى. إنني أقول هذه العبارة اسـتنادًا إلى عدة ملاحظـات. هناك القليل من المناهج المقدمة للتطوير المهنـي مقارنة مع العدد المقدم في العلـوم الطبية. أيضًا، وعلى الرغم من أن هذا الوضع آخذ في التطور إلا أنه لا يوجد عمومًا متطلبـات تتعلق بتقييم العلاقات الشـخصية أو بتقييم المريض للممارسـة في أي شـهادة نظامية أو مهنية، وعلاوة على ذلك، عندما ينظر المرء إلى البيانات الوطنية لتقييم مستهلكي خدمات المستشـفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS Scores) في جانب الاتصـال عنـد الأطباء، نجد أن ٨٠ في المئة من نتائج رضا المرضى المنومين بالقسـم الداخلي تقع في الرتبة المئينية الخمسـين (50 th Percentile). وهذا يعني أن نصف الأطباء الذين تم تصنيفهم وفقًا لتقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها HCAHPS Scores حصلوا على معدل "C" أو أسـوأ من جانب المرضى عندما تم سؤالهم عـما إذا كان الأطباء دائمًا ما يتواصلون معهم بشـكل مناسـب. هل يجـب أن نقبل هذا؟ ويعتقد كثيرون أن الأطباء فقط غير قادرين على التحسـن. بيانات عيادة كليفلاند، وغيرها من المنظمات، تنفي ذلك.

إن جعل الأطباء والقيادات الطبية يتفهمون أهمية تجربة المريض يستغرق وقتاً طويلًا، وتعليمًا متكررًا ومستمرًا، وبناء توافق الآراء. إذا ما سالت أيًا من أعضاء الطاقم الطبي لدينا اليوم، فإن الأغلبية الساحقة تشهد بالأهمية التي نوليها لتجربة المريض. قد لا يكون البعض قد اقتنع بنسـبة مئة في المئة، ولكن الغالبية يتفقون على أنه هو الشيء الصحيح للقيام به، وسوف يعرف الجميع أن تجربة المريض مهمة جدًا للمنظمة.

كما أن عدم اليقين بشـأن كيفية تأثير مسـتقبل الرعاية الصحية على المستشفيات اليوم يؤثر أيضًا تأثـيرًا مباشرًا على الأطباء. روبرت كولتـون Robert Coulton، المدير التنفيذي

لشــؤون الموظفين الفنيين في عيادة كليفلاند، والذي يدير ممارسة الجماعة الطبية لأكثر من عقدين. حيث شــهد عن قرب الكثير من التغييرات في الرعاية الصحية يبدي ملاحظته «إن الأمر الآن أصبح صعبًا بالنســبة للأطباء. هناك الكثير من الأشياء التي تؤثر بشكل كبير على طرق ممارستهم» فهناك اضطراب هائل يحدث في عالم الأطباء، وهو ما يولد القلق وانعدام الإحســاس بالأمان. ولكــن لا يمكننا دفع التنمية الثقافية في مجــال الرعاية الصحية وقيادة التغيــيرات لتحســين الرعاية التي تركز على المريض ما لم يكــن الأطباء لدينا كزملاء ملتزمين تماماً بالمساعدة في خوض غمار الفرص. يشير الكثيرون إلى أنه لم يكن هناك وقت أفضل من هذا العصر الصعب للنهوض بالأطباء للمساعدة في القيادة.

وباختصار، للقيادات غير الطبية:

١. اطلب من الأطباء المســاعدة وقدم لهم اقتراحات واضحة حول ما يمكنهم القيام به للمســاعدة. لا تفترض فقط أنهم يجب أن يكونوا جــزءًا من شيء ما. ففي كثير من الأحيان، قد لا يعرفون كيفية الانخراط أو لا يشــعرون بقيمة لمشــاركتهم في البرامج غير الطبية. أشركهم في «الغرض النبيل» للمســاعدة في تحســين الطريقة التي نقدم بها تجربة المريض.

٢. قم بإنشــاء منصة مشــتعلة من خلال تثقيف الأطباء حول البيئة. هناك العديد من العوامل التي تؤثر على الأطباء اليوم كما لم يحدث من قبل: زيادة العبء التنظيمي، والشــفافية، والمساءلة الشــخصية. هذه العوامل مهمة لتحسين الطب ولكنها تمثل تحديًــا للأطباء لأنهم لا يدركون كيفية التعامــل معها والكثير ليس لديهم فكرة عن الطريقة التي ستؤثر بها هذه التغييرات عليهم شخصيًا. تثقيف الأطباء ومساعدتهم على فهم الجانب التجاري من الطب وكيفية إدارة هذه التغييرات.

٣. اســتفد من بياناتــك. زود الأطباء بكل ما لديك من معلومات عن بيانات الســلامة، والجــودة، ورضا المرضى الخاصة بهم. قم بإعطاء الأطبــاء جميع التعليقات الحرفية من المــرضى. فيجب على الأطباء التعرف على ما يفكر فيــه المرضى ويقولونه عنهم. قم بالاســتفادة من البيانات بشــفافية من خلال إتاحتها لــكل الطاقم الطبي. هذا

هو مســتقبل الطب، وكلما تعرض الأطباء لها بشكل أسرع، سيكونون أكثر استعدادًا لاستيعاب الشفافية المتزايدة في بيئة الرعاية الصحية.

٤. اجعــل الأطبــاء شركاءك: اطلب منهم المســاعدة في وضع إســتراتيجياتك وأهدافك وجداول أعمالك. مجرد دعوة الأطباء للاجتماع لا يعني المشاركة. تأكد من مشاركتهم في اتخاذ القرارات وحصولهم على أكبر قدر ممكن من المعلومات الأولية مثلك.

٥. تعرف على التحديات التي يواجهها الأطباء في المشاركة في الوظائف الإدارية واسْعَ إلى اســتيعابهم. المسؤولون الإداريون لديهم قدر كبير من المرونة في جداولهم (أستطيع أن أقــول ذلك لأنني واحد منهم). الأطباء بحاجة إلى ممارســة الطب، ولكننا بحاجة إلى مشاركاتهم المهمة، لذلك علينا استيعاب جداولهم. إن الأطباء الممارسين في القطاع الخــاص يفقدون مالًا عندما لا يشــاركون مباشرة في رعاية المــرضى؛ عليك أن تكون مستعدًا لشراء بعض من وقتهم. أما الأطباء العاملون فهم مثقلون بمعايير الإنتاجية؛ لذلك امنحهم بعضًا من الوقت الإداري المحمي.

٦. احترم التأثــير الذي يملكه الأطباء على المرضى واعترف بــأن الأطباء مختلفون، ولكن ذكرهم بأنهم ليسوا أكثر أهمية من غيرهم من أعضاء فريق الرعاية الصحية. ونظرًا للتأثير الهائل الذي يتمتعون به على المرضى والأسر، فعلينا التزام بأن يحتفظوا بأعلى مستوى من السلوك والمهنية.

وباختصار، للقيادات الطبية:

١. صحيــح أنه لا يمكن القيام بذلك دون مشــاركتك، ولكن هــذا ليس ترخيصًا لمحاولة الســيطرة عــلى، أو عرقلــة، أو تغيير شيء فقط لأنــك لا ترغب فيه. مــارس الذكاء العاطفي، ومارس الاستماع أكثر من الحديث. طور مهاراتك مع الفريق وكذا مهاراتك في العمل حتى تتمكن من الربط.

٢. لســت بالضرورة أذكى شــخص في الغرفة. فقادة التمريض والقــادة غير الإكلينيكيين الذين هم من المهنيين في مجالات كل منهم بنفس الذكاء والأهمية. عليك احترامهم لما هم عليه ولما لديهم من سنوات التدريب والتعليم، وقدر أن العديد منهم يضعك

موضع التقدير لأنك طبيب. لا تُسِئ استخدام هذا الإدراك، تحرر من ذلك. تأكد من توافق آرائك مع النظام، وليس فقط مع الأطباء. وبالمناسبة، فإكمالك لماجستير إدارة الأعمال فقط لا يجعل منك محترفًا في إدارة الأعمال. لقد استغرق الأمر منك أكثر من عقد من التعليم والتدريب لممارسة الطب. وقد استغرق الأمر من المدير المالي نفس الوقت للوصول إلى وضعه المهني أيضًا.

٣. لم تعد الأمور كما كانت مســبقًا. فهناك تغيير حقيقي في الرعاية الصحية، والعديد من هذه التغييرات ســوف تؤثر عليك شخصياً. الطريقة الوحيدة للنجاح هي العمل بشكل وثيق مع زملائك من التمريض والمهن الأخرى.

٤. عليك بضبط نفســك. فأنت تعلم أين تتواجد المشــكلات. الترهيب هو غير مقبول ويجب أن يتوقف. ونحن نعلم أيضًا الأطباء الذين لن نقبل أن نرســل لهم أحدًا من أفراد أسرتنا لمناظرته. واسأل نفسك لماذا؟ هل ينبغي لهم مناظرة عموم الناس؟ تأكد من أن زملاءك يستخدمون نفوذهم على المرضى بشكل مناسب.

٥. الأطباء في المناصب الإدارية ليســوا غير جديرين بالثقة. ولكن مهمتهم صعبة. عليك أن تمنحهم الاحترام.

الفصل الثامن

تريد أن تعرف فيما يفكر المرضى؟ اسألهم!



الفصل الثامن

تريد أن تعرف فيما يفكر المرضى؟ اسألهم!

تلقيت رسـالة في ديسـمبر ٢٠١٠م من زوج مريضة متوفاة قال فيها إن عيادة كليفلاند قد تسـببت في وفـاة زوجته. وكان برفقة الرسـالة صورة للزوجين في حفـل زفاف ابنتهما. تفطـر قلبي وأنا أنظر إلى الصورة الجميلة، وخشـيت فورًا من أنـه قد غاب علينا شيء ما، من أن هناك خطأ طبيًّا رهيبًا تسـبب في فشـل العلاج مما أدى إلى وفاتها. لقد تم تشخيص زوجته بسرطان الثدي، وقد تم علاجها بنجاح وشـفيت. وبعد عدة سـنوات عاودَها المرض مرة أخرى، وتم في حينه التعامل معه والسـيطرة عليه. وبعد ذلك، عاودها المرض بشـكل نهائي، وعلى الرغم من العلاج المكثف، إلا أن المرض قد فاز في الحرب. وبدأت تتلقى العلاج المسـكن للآلام وتم إخراجها من المستشـفى إلى البيت على أن تواصل تلقي العلاج في دار النقاهة. وأعيدَ تنويمها في المستشفى بسبب الجفاف وتوفيت بعد أربعة أيام.

وقـد كانت رغبتها الأخيرة هي الموت بسـلام في منزلها وعائلتها بجانبها. لقد فشـلنا في مسـاعدتها على تحقيق هذه الرغبة الأخيرة. فلم تكن بحاجة إلى أن تكون في المستشـفى خـلال الأيـام الثلاثة الأخيرة من حياتها. وقد قالت المريضة وزوجها لجميع من سـمع لهما أنهما بحاجة إلى العودة إلى المنزل. ولم يسـتطع أحد أن يساعدهما. حيث تحدثا إلى الأطباء والممرضـين ومديري الحالات والأخصائيين الاجتماعيين. ولم يتمكن أحد من اتخاذ الترتيبات المناسـبة لإخراجها. وعلاوة على ذلك، فلم ينسق أحد رعايتها. ولم يكن لديها أمل من مزيد من العلاج الطبي. وقد أرادت أن تكون مع عائلتها في المنزل. لم نفشل في علاجها طبيًا ولكننا فشـلنا في علاجها كشـخص. ولم تكن منظمتنا قادرة على دمج العناصر العاطفية والروحية لرعاية هذه المريضة مع الرعاية الطبية. لقد فشلنا لأنه لم يستمع أحد إلى المريض أو الأسرة. حيث كان كل واحد يركز على «وظيفته» وتجاهل الكل الغرض الأسـاسي من سبب وجودنا هنا، وهو وضع المريض أولاً.

واليوم أحتفظ بتلك الرسـالة والصورة على مكتبي للتذكير بشكل دائم بأن علاج المرضى هـو أكثر من مجـرد علاج المرض، وأنه لكي نكون ناجحين، فنحـن بحاجة إلى منظمة يكون

المريــض فيها مركــزاً لكل ما نقوم به. وهذا تذكير لماذا نحن هنــا والغرض مما نقوم به كل يوم للمرضى. لقد ســمعت أن ما يصل إلى ٩٠٪ من الشركات الخدمية يقولون إنهم يعرفون بالضبط ما يريده عملاؤهم، وفي الواقع فإن ١٠٪ فقط يأخذون الوقت ويســتثمرون الموارد للتأكــد من أنهم مصيبون. وهذه الإحصائية مثيرة للاهتمام ولكنها صادمة. حيث إن معظم الناس الذين يقودون شركات الخدمات يقولون إنهم يفهمون أسواقهم وعملاءهم. أنا متأكد من أن أكثريتهم يشــيرون إلى قوة حصتهم الســوقية والنمو في المبيعات. تخيل كم ستكون تلك الــشركات أكثر نجاحًا فيما لو اســتخدمت الأبحاث لكي تســتهدف احتياجات العملاء بشكل وثيق.

إن مقدمي الرعاية الصحية، ســواء كانوا أطباء أو ممرضات أو إداريين، ملامون في هذه الظاهــرة كذلك. ونحــن نعتقد أننا نعرف ما هي اهتمامات المــرضى بالضبط. ونحن نقف كذلك بجانب أسرة المرضى ونقول لهم ما يحتاجون معرفته بالضبط وما نعتقد أنهم يريدون سماعه. يبدو أن في ذلك شيئًا من التطرف، ولكني بالتأكيد لا أقصد بالمعنى الحرفي أننا نملي عــلى المــرضى دون أن نتفاعل معهم، ولكن لنفكر في ذلك: غالبًا ما يســيطر الأطباء بإحكام على بيئة الرعاية الصحية، كما أن المرضى لا يتم تهيئتهم بشكل جيد لمجابهة ما نقوله لهم.

يــؤدي معظم مقدمــي الرعاية وظائفهم يوميًّا بإحســاس ملحوظ مــن العزم والدقة. فالممرضــات يدخلن في غرف المرضى ويخرجن منها بشــكل دائم، يأخذن العلامات الحيوية ويناولــون الدواء للمرضى ويقمــن بالمرور عليهم، يا لها من مشــاهد مذهلة. فهن يتميزن بالفعالية والسرعة والكمال والسلاسة في تقديم الخدمة.

والطريقة التي نتفاعل بها مع المرضى هي في المقام الأول وظيفة تدربنا عليها، والمطالبة بأن نكون فعالين وأن نجمع الكثير من المعلومات بسرعة يجعلنا ننسى أننا نتفاعل مع بشر. فنحن لا نستمع جيداً إلى ما يريده المرضى حقًّا ولا لما يعتقدون أنه مهم.

يشتمل التركيز على المريض على «جودة الرحمة والتعاطف والاستجابة لاحتياجات وقيم وتفضيــلات المريض الفردية»[(١)]. ونحن كثيراً ما نفشــل في تذكر أو حتى في إدراك أن تقديم الرعايــة الطبية ليس جانبًا طبيًا فقط؛ بل إنه يُعنى كذلك بالرعاية الروحية والعاطفية. كما أن الأمر كذلك يتعلق بالتعامل مع احتياجات المريض بشكل كلي.

تخيــل أنــك في بيتك بعد ظهر يوم الأحد وبينما كنت تهــم بالقيام بما ترغب عمله من اللعــب مــع أطفالك، أو مشــاهدة حدث رياضي، أو إعداد وجبة العشــاء وفجأة شــعرت بصــداع ودوار. وبينــما أنت كذلك هــدأ الصداع للحظات، ولكن وبينــما كنت تمشى وتهم بالجلوس ازداد الدوار ســوءًا وقاربت تفقد وعيك. وشــعرت بتحسن بقية اليوم، وكان أول شيء فعلتــه صباح الإثنين هو الاتصال بطبيبتك والتي جدولت موعدك في اليوم التالي، على الرغم من شعورك في تلك اللحظة بأنك بخير وتفكر في إلغاء الموعد. وفي يوم الثلاثاء، قامت طبيبتــك بفحصك ولم تجد لديك أي علة، ولكنها طلبت أخذ أشــعة مقطعية للدماغ لمزيد مــن الاطمئنان. وفي يوم الأربعاء، قمت بعمل الأشــعة المقطعية وعــدت إلى العمل. وبعد ظهر يوم الأربعاء، تلقيت اتصالاً من مكتب الطبيبة لأنها تود رؤيتك لمناقشة نتائج الفحص الشــعاعي. وفي صبيحة يوم الخميس في مكتب الطبيبة، تم إعلامك بأن نتيجة الفحص غير طبيعية، وأن لديك كتلة في الدماغ. في تلك اللحظات أصيبت حياتك بالجمود. وشعرت بردة فعل مفاجئة في أحشائك من ثم شعرت بالإعياء والارتباك. كتلة في دماغي؟ ماذا يعني ذلك؟ يقول طبيبك إن ذلك قد يعني أنك مصاب بسرطان الدماغ.

وفي يــوم الجمعة، تذهب لزيارة جــراح الأعصاب، الذي بدوره نَسَّــقَ لك موعدًا لأخذ خزعة يوم الإثنين الذي يليه. وكنت تفكر خلال عطلة نهاية الأســبوع فقط في الموت بسبب سرطــان الدماغ. ولكــن كان لديك بصيص من الأمل في أن يكون تشــخيص الورم لديك من النوع الحميد الذي حدثتك الطبيبة عنه. وفي يوم الإثنين تؤخذ الخزعة منك، وتســتيقظ في غرفــة الإفاقة. حيث تجــد زوجتك حولك وهي خائفة ومرتبكة وأنت حائر وتشــعر بالألم. وبعد ساعتين يأتي الجراح ليخبرك أن تشــخيصك هو (Glioblastoma Multiforme) ورم أرومي دبقي الشــكل، الشــكل الأكثر فتكًا من سرطان الدماغ. لقد تغيرت حياتك إلى الأبد. ففي أســبوع واحد، تحولت من شــخص «عادي» إلى «عادي» ولكن ذو طبيعة جديدة من شأنها إعادة تعريف كل ما تفعله، وكل ما تفكر فيه، وكل ما تتعامل معه. لقد أصبح تركيزك في البقاء على قيد الحياة.

وهــذا لا علاقة له بتقييم المريض بل يتعدى ذلك ليشــمل الإصغــاء إلى المريض وتفهم احتياجاتــه. وفي هــذا الحالة الرهيبــة، بماذا تفكر؟ جلوســك في المنزل، في الســيارة، أو في

المستشــفى، وكلما دار العالم في كل يوم؛ أصبح مرض السرطان هو ما تفكر فيه. هذا هو ما يحدث مع المرضى. فإنه يحرك سلوكياتهم، وردود فعلهم، وتفاعلاتهم. ولكننا نفشل في فهم ما يجري في أذهانهم.

وتقوم عيادة كليفلاند بجمع التغذية الراجعة للمرضى من مجموعة متنوعة من الدراسات الاستقصائية الشاملة التي أجريت في ست بيئات مهمة: المرضى المنومين، العيادات الخارجية، قســم الطوارئ، عيادة الطب النفسي، عيادة طب الأطفال، والصحة المنزلية. اثنان من هذه المســوح هي أدوات موحدة وضعتها مؤسســة أبحاث الرعاية الصحية والجودة وهي جزء من برنامج التأمين الطبي لكبار السن للشراء المبني على قيمة المستشفى (HVBP): تقييم مستهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) والرعاية الصحية المنزلية (CAHPS). أما الاستبيان الثالث فهو استبيان الطبيب السريري ومجموعة (CAHPS)، وهو عبارة عن أداة قياسية تستخدم في بيئة العيادات الخارجية وقد تم العمل بها حديثًا فقط لكي تسمح بمشاركة الأطباء منظمات الرعاية المسؤولة.

وقــد تم تطويــر أدوات (CAHPS) عن طريق إجراء امتحانات مشــددة عليها، بما في ذلــك التحقق من صدق الأداة عن طريق شركة رانــد (Rand Corporation) [٢]. وفي عام ٢٠٠٥م أقر المنتدى الوطني للجودة (National Quality Forum) [٣] استخدام أداة تقييم مســتهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتهــا (HCAHPS). وقد وضعــت مراكز خدمــات التأمين الصحي لكبار الســن (Medicare) ونظام التأمين الصحي للفقــراء (Medicaid) والمســماة بـــ (CMS) ثلاثة أهداف عريضة لأداة تقييم مســتهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS):

أولًا، تم تصميم استبانة تنتج بيانات حول وجهات نظر المرضى عن الرعاية التي تسمح بإجراء مقارنات موضوعية وذات مغزى بين المستشفيات حول المواضيع التي تهم العملاء. ثانيًا، يحفز نشر نتائج الاستبانة على العامة المستشفيات لتحسين جودة الرعاية. ثالثًا، يؤدي نشر نتائج الاســتبانة على العامة إلى تعزيز المســاءلة في مجال الرعاية الصحية عن طريق زيادة الشــفافية حول نوعية الرعاية المقدمة من المستشفيات مقابل الاستثمار العام. ومع أخــذ هذه الأهداف في الاعتبار، اتخذ فريق مــشروع مراكز خدمات التأمين الصحي لكبار

الســن والفقراء (CMS) وفريق مشروع تقييم مســتهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعايــة الصحية وأنظمتهــا (HCAHPS) خطوات حثيثة للتأكد مــن مصداقية، وفائدة وعملية الأداة [٤].

إن أدوات تقييم مســتهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعايــة الصحية وأنظمتها (HCAHPS) ليســت مثالية، وقد تم انتقادها لأنها لا تســمح للمستشفيات من الحصول عــلى بيانات تفصيلية ضرورية لدفع عمليات التحســين. ويضــاف إلى ذلك، في أن الأدوات الاســتقصائية تقيس تصورات تجربــة المريض دون تقديم نظــرة حقيقية على ما هو مهم بالنسبة للمرضى.

كما تفتقر مســوحات تقييم مســتهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) إلى عملية ضبط قوية لتقســيم المخاطر الطبية للمرضى؛ مما يؤدي إلى التحيز في النتائج. وقد أثبتت عيادة كليفلاند أنه عندما يتم تقسيم المرضى بحسب شدة المرض، فإن نتائج المسح تتغير بشكل كبير. فالمرضى الذين تم توثيق شدة مرضهم بأنها أعلى يقيمون بيئة التنويم بأنها أكثر ضعفاً. قد يصعب على المستشــفيات التي لديها مرضى أكثر إعياءً وقليل من درجات التقييم تحديد ما قد يؤثر على تصورات المرضى.

وقد أظهرت الدراســات أن مجموعات معينة من المرضى يقيمون المستشــفيات بشكل مختلف؛ فعلى ســبيل المثال، المرضى الذين تم تنويمهم نظرًا لتفاقم أمراضهم المزمنة لديهم تصورات ســيئة عن تجاربهم في الأقســام الداخلية أكثر من أولئك الذين تم تنويمهم لإجراء عمليات جراحية اختيارية [٥،٦]. ولهذا الســبب أيضًا فإن منهجية المسح في تقييم مستهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتهــا (HCAHPS) تعمل على ضبط العديد من المجالات تحت الدراســات الاســتقصائية الواردة من التنويــم الجراحي [٧]. وفي حين أن الأدوات ليســت مثالية، فإنها تتحســن، وعلى الرغم من بعض هذه المحددات، وفي الواقع يمكن اســتخدام الأدوات والبيانات بشــكل فعال لدفع ومراقبة تحســين الأداء، كما هــو جلي في منظمتنا. فلــدى المرضى ميل قوي للحكم على تجاربهم بناءً على شــخصيتهم، قيمهم وتوقعاتهم. حيث تعتبر الرعاية الصحية تجربة عاطفية وشخصية جدًا، فكيف يمكن لمشــاعرنا وشــخصيتنا ألا تؤثر على تصوراتنــا؟ لقد كنت أتناول وجبة العشــاء مع صديقة

تعرضــت مؤخرًا لأزمة الرعاية الصحية، وكانــت تثني على طبيبها وتؤكد على أنه كان جيدًا وأنها تعتقد أنه كان موهوبًا جدًا. ســألتها كيف علمت بذلك. فوصفت لي كيف أنه كان في حقيقة الأمر يتوصل إلى العلة بكفاءة ويأخذ وقته في شرح الأمر.

فصديقتي إنســانة مســتنيرة، قارئة جيدة، ومســتخدمة مثقفة للرعاية الصحية. سألتها بالضبط كيف عرفت أن الطبيب كان «جيدًا» و «موهوبًا»، فكررت تعليقاتها الســابقة، ثم عقدت مقارنة بينه وبين طبيبها الســابق، الذي لم تعتبره جيدًا جدًا، وكانت تكره أسلوبه في التواصل، وأحست بأنه يضيع كثيرًا من الوقت في مناقشة أشياء تافهة. قالت «أنا لا أريد أن يكون لي علاقة مع الرجل، فقط أريده أن يهتم بعمله».

وقد لاحظت أن خصائص مثل هذه الممارسة لا علاقة لها مع ما إذا كان الطبيب «جيداً» أو «موهوباً». وردت عليّ صديقتي موضحة لي كيف للمستهلك أن يحدد ما إذا كان الطبيب جيدًا. وكنت أعلق على حديثها مســتخدمة عبارات تأكيدية «بالضبط». فعندما يكون لدينا طــرق قليلة لتقييم الجودة مع واقع الحال، فمرجعيتنا في التقييم هي الســمات الافتراضية التــي نفهمها. وقد حكمت صديقتي عــلى طبيبها بناءً على تصوراتهــا وعلى كيف تتماشى خصائص ممارسته مع أسلوبها الشخصي.

فمســتهلكو الرعاية الصحية من المرضى يعتبرون ناسًــا بسطاء ليس لديهم فهم بما نقوم به أو الخدمات التي نقدمها، وحتى المتعلمون تعليمًا عاليًا فليس لديهم دراية طبية كالتي لدى متخصصي الرعاية الطبية. فيمكن للشخص العادي قضاء أيام لكي يدرس مرضًا ما، ولكن يمكن للطبيب الذي يعالج أن يهيمن على المحادثة بسرعة وأن يحدد ما لا يعرفه المرضى.

وبعبارة أخرى، يســتخدمون قياســات بديلة. تلك القياسات هي الأشــياء التي يفهمها المرضى ويعتقدون أنها مهمة، ويحكمون على فعاليتنا بناءً عليها. لقد حكمت صديقتي على جــودة الطبيب بناءً على تفاعلاتها، أي ما تعتبره مهمًا. لقد قطعت عيادة كليفلاند شــوطًا بعيدًا في رحلة تحسين تجربة المرضى باستخدام بيانات المسح الموحدة. ومع ذلك، فإننا غالباً ما نسأل أنفسنا عن ماذا نفتقد وما علينا فعله. ولفهم أفضل لأهمية القياسات البديلة التي يستخدمها المرضى، قمنا بإجراء دراستين في عام ٢٠١٢م للحصول على رؤى إضافية.

قمنا باســتقصاء عشوائي باســتخدام أداة تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعايــة الصحيــة وأنظمتهــا (HCAHPS) لنصف المرضى الذين تم إخراجهم من أقســام

التنويم في حرم المستشــفى الجامعي الرئيسي لدينا. بالنســبة للدراسة الأولى، قمنا باختيار عينة عشــوائية مكونة من ٩٠٠ مريض من ال ٥٠٪ الأخــرى من المرضى الذين صدرت لهم طلبات خروج من المستشفى، وهم أولئك الذين لم يتلقوا المسح تلقائيًا. حيث تم استخدام أداة تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) بنفس الطريقة التي تســتخدم فيها للمرضى كبار الســن المؤمن عليهم طبيًا وتم بعد ذلك ســؤال ٩٠٠ مريض لماذا أجابوا عن كل ســؤال بهذه الطريقة. أردنا بذلك معرفة كيف أثر تفكيرهم على استجاباتهم.

أمــا الدراســة الثانية، فقد كانت مــن نوعية بحــوث علوم الأجنــاس البشرية في أحد طوابق التنويم. ويتم اســتخدام بحوث علــوم الأجناس البشرية في ملاحظة ورصد الظواهر والموضوعات في بيئتها الطبيعية. وبما أننا نواجه صعوبات في تجربة خدمات المرضى المنومين، فــإن هذا النوع من البحوث سيســاعدنا على فهم ما يحدث بشــكل أفضل وتحديد ما قد نفتقده حتى يتسنى تطبيق التحسينات الضرورية.

حيث تم وضع أربعة باحثين في أحد طوابق التنويم لمدة ســتة أســابيع. وقاموا بإجراء مقابلات شــخصية مع ١٢٤ مريضًا وعائلة، وتم متابعتهم في المستشــفى، وتم التحدث إلى مقدمــي الرعاية لهــم، وتم ملاحظة تفاعل العاملين معهــم في تقديم الخدمات. كما جمع الفريــق البحثي ملاحظات ومخاوف وآراء المرضى وعوائلهم والموظفين فيما يتعلق بعلاجهم في المستشفى.

وقد وفرت هاتان الدراســتان تحليلًا كميًا لتصورات المرضى وتقييمات منظمتنا ورعايتنا، فضلًا عن تحليل نوعي مفصل للبيئة التي أدت لتلك التصورات والتقييمات. لقد كان إجمالي النتائج مفاجئاً ومستنيراً.

حيــث أظهرت النتائج الأولية أن «المرضى يريدون مزيــدًا من الاحترام». لقد كنت قلقًا مــن أننا أهدرنا المال ويعلــم جميع من هم في الرعاية الصحية بذلك. ولكن الاســتدلال لم يكن بهذه البســاطة. فالمرضى لا يريدون فقط المزيد من الاحترام من الأطباء أو الممرضات. بــل يريدون المزيد من الاحترام من كل شــخص يوجهونه في بيئة الرعايــة الصحية. فالأمر غير محصور في الاحــترام فقط بل إن المرضى يريدون التعامل العاطفي. وفي الواقع يريدون التقدير كأفراد وليس كمرضى.

ويتعرض مرضى المستشفيات للتفاعل بشدة مع أشخاص لم يسبق لهم التعامل معهم من قبل. ويشـعر الجميع بالغربة. والشخص الأكثر دراية، هم «أفضل أصدقائهم» أي أطبائهم. وفي كثير من الحالات، هذا الطبيب هو الشخص الوحيد الذي التقى به المريض قبل تنويمه، وكل شخص آخر يواجهه المريض - وهم الغالبية - هو شخص غريب.

ويزداد عدد الأشـخاص عندما يتشـارك المرضى الغرفة. تخيل أنك مريض ومنوم في غرفة شبه خاصة في المستشفى. ولست محاطًا فقط بمجموعة من مقدمي الرعاية الذين لم تقابلهم من قبل. بل تتفاعل أيضًا بصورة أولية أو ثانوية مع مريض لم تألفه ينام على سرير مجاوز لك ومعه أهله وأصدقاؤه ومقدمو الرعاية له. ويريد المرضى من هؤلاء جميعًا احترامهم كبشر.

سـمعت ذات مرة مثلًا يقال بأن المرضى يشابهون السجناء كثيرًا. ولحسن الحظ، لم أكن أبـدًا سـجينًا، ولكن هذا المثل يلقى صـدى متناظرًا. فكر في أوجه التشـابه: يتم جلبك إلى المبنى، هل تريد حقاً أن تكون هناك؟ لا! نأخذ ملابسـك، نعطيك لباس المستشـفى، ونضع الأسـورة الطبية في معصمك، ونضعك في غرفة صغيرة مع شخص غريب. وليس لديك الكثير لتعملـه. ومع غرباء لا تعرفهم ويمكـن ألا تحبهم ويملون عليك ما تفعل. ونقدم لك طعامًا سـيئًا. وتمر بفترات طويلة مملة ولا تجد شـيئًا تعمله، ولا تستطيع المغادرة (حسنًا، أظنك تستطيع) وأنت خائف. نحن بحاجة إلى التأكيد على أن كل فرد في الرعاية الصحية يتعامل مع المرضى وعوائلهم باحترام كأشخاص.

يستخدم المرضى مجموعة من المقاييس المثالية للحكم علينا. يضاف إلى ذلك، أن مقياس الحكـم المثـالي يمكن أن يغير الآراء حـول الرعاية التي يتلقاها المـرضى. ويعد الاتصال بين الطبيـب والممرضة أحد الأمثلة على ذلـك. فعندما يقوم الطبيب بجولة على المرضى في تمام الساعة السادسة صباحًا ويتحدث عن الخطة اليومية للمريض، فإن المريض يتوقع أن تقوم ممرضات الفترة بمعرفة تلك الخطة. وعندما يسـأل المريض الممرضة عن الخطة في السـاعة الثامنة صباحًا ولا تقم الممرضة بالإجابة على أسئلته بشكل مناسب فإن ذلك يعتبر أمرًا غير مقبول لدى المريض ويتساءل، «كيف يستطيع الأطباء والممرضات تقديم علاج عالي الجودة عندما لا يسـتطيعون التحدث مع بعضهما؟». يسـتخدم المريض الاتصال التفاعلي كمؤشر جيد لكيفية عمل المستشفى.

والمثـال الآخر الذي يسـتخدمه المريض كمقياس بديل هو النظافـة البيئية. فإذا كانت غرفـة المريض في حالة فوضى أو تبدو قذرة أو سـيئة الصيانة، فيتسـاءل المرضى وعوائلهم عـما إذا كانت المستشـفى يمكن أن تقـدم علاجًا ذا جودة: "لا يمكنهـم حتى الحفاظ على نظافـة الغرف، فكيف يمكنهم إجراء عملية جراحية جيدة؟". إن ما يراه ويسـمعه المرضى وعوائلهـم عن بيئة الرعاية الصحية تتم معالجته مقابـل ما يعتقدون أنه يمثل أهمية لهم - في بعض الحالات قيمهم -وهذا يؤثر بشـكل مباشر في كيفية رؤيتهم الرعاية المقدمة لهم أو منظمتهـم. إن الأم التـي تجلس في بيتها بكل فخر وتعمل كل يوم لمدة ٣٠ عامًا للحفاظ على منزلها نظيفًا لعائلتها بطبيعة الحال سوف تشعر بالجزع عند الاضطرار إلى قضاء بعض الوقت في غرفة قذرة في المستشفى.

كـما أن المرضى يريدون أن يكون مقدم الرعاية سـعيدًا، وهـذه واحدة من أكثر النتائج المحيرة. سـوف يرى منتقدو حركة تجربة المريض هذا على أنه يؤكد صحة موقفهم: «انظر، هذا خاص بكيف نجعل المرضى سعداء، فهم يركزون على شيء خاطئ، كما أنهم لا يعرفون كيف يحكمون على الجودة، ويقومون بإلزامنا بمعايير سـخيفة لا تأثير لها بجودة رعايتنا». لقـد أخطأ المنتقدون، فالأمر لا يتعلق حرفيًا بسـعادة مقدمـي الرعاية، بل بكيفية تصرفنا أمـام المرضى وكيف ينظر المرضى إلى أفعال مقدم الرعايـة. فعندما أتجول في غرفة المريض ويزعجني شيء ما، أبدو حزينًا، وتبدو عليّ مشـاعر سـلبية فيمكـن أن يكون لدى المرضى ردود فعل مختلفة. فقد يتسـاءلون فيما إذا فعلوا شـيئًا خاطئًا: «هل أفعل شـيئًا للإساءة للدكتور ميرلينو؟ هل كان منزعجًا مني؟». فغالبًا ما يخضع المرضى لمقدمي الرعاية الصحية، ومعظمهم يخافون من تحدي الممرضين أو الأطباء. كما أنهم يخافون جدًّا من فعل أو قول أيِّ شيء سلبي، قد يؤدي إلى التعامل معهم بشكل مختلف.

فبينـما كنا نقوم بجولة قيادية في أحد مرافقنا. ذهبت إلى غرفة امرأة مسـنة من أصل إسباني، وسألنا عن إقامتها في المستشفى، يبدو أن كل شيء كان جيدًا في البداية، ولكن كلما طرحنا المزيد من الأسئلة، بَدَتْ أكثر انزعاجًا. وأخيرًا بدأت تبكي وعندما سألتها ما بها، قالت: «هذا الشخص: هذا الشخص». لقد كانت المريضة خائفة جدًّا من أحد مقدمي الرعاية لها، حيث كان يزعجها ويتجاهلها، وكان يسـتخدم عبـارات غير ملائمة للغاية في التعليق عليها.

فعلى ما يبدو، حينما كانت المريضة تحتاج إلى مساعدة في الذهاب إلى دورة المياه، وكانت على المرحاض، قال لها مقدم الرعاية مازحًا إن عليها الجلوس في دورة المياه طيلة اليوم. ولم ترغب المريضة في تقديم شكوى خوفًا من أن يقوم مقدم الرعاية بالانتقام أو إقناع مقدمي الرعاية الآخرين بمعاملتها بشكل سيئ كذلك. لقد شعرت باضطراب في المعدة وأنا أستمع، هل هذه مزحة أم لا، كان ذلك غير لائق للغاية، وفي رأيي، فإن ذلك يعادل الإهمال. وعلى الفور عالجنا الوضع وقدمنا شكوى ومظلمة باسم المريضة. لن يكون لدى مقدم الرعاية أي فرص أخرى لعلاج مرضانا بدون احترام.

كما أن التعبير السلبي الذي يقدمه مقدم الرعاية قد يجعل المرضى يتساءلون عما إذا كان هناك شيء من الاهتمام بحالتهم أو رعايتهم: «هل يوجد شيء لا يخبرني به دكتور ميرلينو؟، فهو يشعر بالقلق، فهل يجب أن أكون قلقًا بشأن شيء ما؟». قم بتطبيق هذه النتيجة على القصة التي تحدثنا عنها سابقًا بخصوص سرطان الدماغ. يرقد المرضى على أسرتهم في المستشفيات وينحصر تفكيرهم فيما يحدث لهم. فكلما كانت الحالة أكثر خطورة؛ كان المرضى وعوائلهم أكثر بحثًا عن الإشارات البصرية واللفظية. يبحثون عن طرق لتكملة ما نقوله لكي يفهموا أحوالهم الشخصية بشكل أفضل.

إن تجربتي الشخصية كمريض توضح هذه النقطة، حيث أسهمت كذلك في تعزيز تعاطفي. لقد تعرضت أنا وزوجتي أيمي في عام ٢٠١٠م إلى حادث سير، فبينما كانت امرأة شابة ترسل رسالة نصية أثناء القيادة، فشلت في الانعطاف بمركبتها في الطريق وتحول مسار مركبتها تجاهنا، مما أدى إلى حادث التصادم. ولولا وجود أكياس الهواء، وحزام الأمان، وجودة صناعة السيارة، لكنت في عداد الموتى. أتذكر ذلك بشكل واضح: مع اقتراب التصادم، حولت رأسي إلى اليمين ووضعت ذراعي على جسد زوجتي. تمدد كيس الهواء لعجلة القيادة في الجزء العلوي الأيسر من صدري ورقبتي ووجهي. ولحسن الحظ، فلم يحدث لنا إصابات خطيرة، وبعد مساعدة زوجتي خارج السيارة، ذهبت للسائقة التي صدمتنا بمركبتها فوجدتها تمسك بهاتفها الخلوي، وهي مذهولة وتبكي، ويبدو أنها لم تصب بأذى ولم تزل في موقع الحادث. بدأت أشعر بالألم وتورم في الجانب الأيسر الأمامي من رقبتي. وسرعان ما بدأت أشعر بصعوبة في البلع. وتفاقمت الأعراض لدي بشكل تدريجي. وعندما وصل

المســعفون، رفضنا النقل إلى المستشــفى -فنحن أطباء- وبالطبع فقد كنا على ما يرام. وقع الحادث قريبًا جدًّا من منزلنا، لذلك فقد أوصلنا رجال الشرطة اللطفاء.

لقد سبق أن عالجت الإصابات الجسدية عندما كنت أعمل كجراح في مركز ميترو هيلث الطبي، الذي يُعَدُّ الأول من نوعه في منطقتنا، وكنت معتادًا على هذه النوعية من الإصابات. وشــمل التشــخيص التبايني للأعراض عددًا قليلًا من الاحتــمالات، معظمها يُعَدُّ غير خطير باستثناء واحدة كانت مهددة للحياة وهي جراحة الشريان السباتي أو تمدد الأوعية الدموية والتــي تعتبر إصابة صادمــة لأحد الأوعية الدموية الممتدة في الرقبة وتقوم بإيصال الدم إلى الدماغ. يمكن أن يتسبب النزيف الحاد في فقدان شديد للدم المتجه إلى الدماغ مما قد يؤدي إلى الســكتة الدماغية وربما الموت. وبالطبع، فكرت عــلى الفور أنه من الممكن أن يحدث لي ذلك، كما هو الحال في كثير من الأحيان بسبب ضربة مباشرة على الرقبة. وعندما وصلنا إلى المنــزل، أقنعت إيمي أننا يجب أن نذهب لــكي نعمل فحوصات. وبطبيعة الحال، لم أخبرها عمّا يخالجني من مخاوف.

قمت بالقيادة إلى المستشــفى (وهذا شيء لا أوصي به). وفي الطريق، اتصلت بصديقي وزميلي الســابق جيفري أ. كلاريدج، مدير قســم الإصابات الجســدية، والحروق والحالات الحرجة في ميتروهيلث. حيث يُعَدُّ مركز الإصابات في ميتروهيلث الأول على مســتوى شمال شرق ولايــة أوهايو، وجزءاً من منظومة الإصابات في شــمال شرق ولاية أوهايو حيث تعتبر العيــادة هو أحد الأعضاء. فهو المستشــفى المناســب لإدارة أشــد الإصابــات، مثل جراحة إصابات الشريان الســباتي، فقد كنت أخشى أنني أعاني منها. ولحســن حظه فإنه كان مناوبًا في المستشفى تلك الليلة. وصفت له الأعراض التي أشتكي منها وشاركته همومي.

اســتغرق المشــوار حوالي ٣٠ دقيقة ذهابًا إلى المستشــفى و٣٠ دقيقة أخرى من وقت وصولي إلى قراءة الأشعة المقطعية لشرايين رقبتي. من اللحظة التي انتابني فيها الخوف من التشــخيص الجدي إلى الثواني الأخيرة التي كنت أشــاهد فيها الأشعة المقطعية كان تركيزي واحداً: هل سأحتاج إلى جراحة طارئة؟ هل سيكون لدي سكتة دماغية؟ هل سأموت؟

تذكــرت القليل من الوقت الذي أمضيته في المستشــفى قبل إخباري بتشــخيص حالتي والذي لم يكن تشــخيصًا. أتذكر بوضوح عندما ســألني كلاريدج عن الأعراض وعندما فحص

رقبتي. لقد شاهدت واستمعت باهتمام، بانتظار أن يقول لي أنه ليس لدي ما يدعو للقلق، لكــن ذلك لم يحدث. كنت ألاحظ تعبيرات وجهه، وأبحث عن ابتســامة منه تشــير إلى أن حالتي كانت مثالية. «الطبيب المصاب بوســواس المرض» ولكن ...لا شيء. لقد انهارت حياتي وكل ما أفكر فيه نتيجة لهذا التهديد المباشر للحياة.

وأتذكر ارتياحي عندما شــاهدت صور الأشــعة المقطعية تعرض على الجهاز وتبين أنه لا يوجد إصابة. في تلك اللحظة، عادت حياتي لي واختفى تضجري وخوفي. هكذا يشعر مرضانا ويدركون بيئتهم.

يريــد المرضى معرفة ما يدور حولهــم. أعلم أن ذلك يبدو بســيطًا، وكل فرد في الرعاية الصحيــة يفهم أن المــرضى يحتاجون إلى معرفة خطة الرعاية وأن يتلقوا المتابعة المناســبة، ولكن إرادة المرضى في الحصول على معلومات أكثر من ذلك بكثير تُعَدُّ رغبةً شاملة. تذكرْ أن ما يجب على جميع المرضى في المستشــفى القيام به هو التفكير فيما يحدث لهم. فإذا كان الطبيب يتجه إلى المريض في تمام الساعة السابعة صباحًا ويخبره أنه بحاجة إلى إجراء أشعة سينية للصدر، ومن ثم يذهب المريض إلى قسم الأشعة في الساعة التاسعة صباحًا، فإنه يريد أن يعرف نتائج الفحص. فإذا لم يعد الطبيب بالنتائج قبل الســاعة الثانية عشرة ظهرًا، فإن المريض ســوف ينتابه شيء من التوجس طيلة اليوم، فهل نسي الطبيب التحقق من النتائج؟ هل أظهر الفحص شــيئًا ســيئًا ولذلك فالطبيب لا يريد إخباري؟ مرة أخرى، فالمرضى قلقون حول ما يجري لهم ينظرون إلى ساعاتهم كلما مضى الوقت. وإذا لم نقدم معلومات للمرضى أو نتحكم في تصوراتهم، فإنهم سوف يقومون بتعبئة فراغهم بأنفسهم.

وبينما يمر المرضى خلال بيئة الرعاية الصحية، فإنهم يشعرون بالقلق والخوف. وفي بعض الحالات، يُرَهَّبُون. فالعوامل المســببة لقلقهم البالغ موجودة في كل مكان، وقد تكون أشياء تافهة. كما أن المرضى يصابون بالاضطراب ويتولد لديهم شكوك هائلة حول ما يحدث لهم. ونحن نجعل ذلك أسوأ عندما نفشل في التواصل بشكل جيد أو التنسيق مع مقدمي الرعاية الآخرين.

يجب الإشــارة إلى نقطة مهمة ونهائية توصلنا إليها من خلال دراساتنا وهي: أن المرضى لا يريــدون أن يكونوا مــرضى. وقد اقترحت ذات مرة عقد مســابقة لجمهور الحاضرين في

مؤتمر، وتقديم جائزة ثمينة للفائز. حيث عرضْتُ عليهم شريحة بوربوينت بها طائرة خاصة، وطلبت منهم الاستعداد لرفع أياديهم بسرعة؛ وذلك أنَّ مَنْ يرفع يَدَهُ أولاً سيكون هو الفائز. لقد كان مضحكًا جدًّا أن نرى جميع الأيادي في وضع الاستعداد. قلت للجمهور إن عيادة كليفلاند لديها مركز للقلب رقم واحد على مستوى الولايات المتحدة، ونتائجها لا يعلى عليها. وأول شخص يرفع يده سوف يحصل على رحلة مجانية، مدفوعة النفقات إلى كليفلاند على متن طائرة خاصة لكي يجري عملية قلب. يا لها من صفقة! أعظم مركز للقلب في العالم، مع أفضل النتائج! وناشدت الجمهور بأن يرفعوا أيديهم. فلم يرفع أحد يده، لأنه لا أحد يريد أن يكون مريضًا.

قد تكون هذه الدراسة الأكثر وضوحَا لدينا، فضلاً على أنها واحدة من الحقائق الأكثر وضوحا في مجال الرعاية الصحية. فلا أحد يريد أن يكون من عملائنا. إن الدراسات التي أجرتها عيادة كليفلاند هي ما يفكر به مرضى المستشفيات وخبراتهم. فإذا استطعنا الاستعلام من مقدمي الرعاية حول النتائج، فلن تجد من يعترض. ولكننا لا نفكر فيهم ولا نعيرهم الاهتمام.

إن التحدي الذي نواجهه - مسؤوليتنا - هو التأكد من أن كل شخص في المنظمة يفهم كيف سيكون شعوره لو كان هو الطرف الآخر (المريض). فكر بما قلته في بداية هذا الفصل. وفي الواقع فإن معظم المنظمات لا تأخذ الوقت لفهم عملائها. ولكننا عندما نحصل على محبة الناس، وعندما نحاول أن نضع أنفسنا مكانهم، وعندما نسأل كيف يفكر المرضى في الأشياء، فنحن نكشف عن معلومات مهمة للغاية توجه عملنا.

بنفس القدر من الأهمية لدرجة أن أحدًا لا يريد أن يكون في المستشفى أو أن يقوم بزيارة لمقدم الرعاية الصحية، كما أن أحدًا لا يريد أن يعود. أرى الكثير من المرضى الذين يعانون من مرض التهاب الأمعاء، وتحديدًا مرض كرونز (Crohn's)، الذي يُعَدُّ مرضًا مزمنًا ولا يوجد علاج له، والمعاناة من المرض تتراوح من أعراض خفيفة إلى أعراض أكثر شدة وتكررًا قد تتطلب دخول المستشفى مرات متعددة. يمكنك أن تشعر بقلق المرضى وذعرهم عندما يقال لهم أنه يجب تنويمهم في المستشفى. وعادة ما نخفق في التعرف على أو تقدير إجهاد ما بعد الصدمة لديهم من أحداث الحياة أو التهديدات الصحية السابقة.

ليــس هناك حاجــة ملحة لتعيين شركات لإجراء بحوث اســتطلاعية كــما فعلت عيادة كليفلانــد للمســاعدة في فهم المرضى. فأخذ الوقت لســماع وفهم تعليقاتهــم هو أمر هو مهم، لأنه يوفر ثروة من المعلومات. يخبرنا المرضى بأشــياء كل يوم ولكننا كثيراً ما نفشل في الاســتماع وجني المعرفة لتحسين تجربة المريض. فلو أخذنا القليل من الوقت للتعرف على مرضانا كأشخاص، فإننا لن ننشئ علاقات أفضل فحسب، بل سنكون أفضل مقدم للرعاية.

تتلقــى منظمات الرعاية الصحية ثــروة من المعلومات من خــلال تعليقات تم التعبير عنها في الرســائل والمسوحات والتفاعلات الشــخصية. ونحن بحاجة إلى دراستها واستيعاب مــا يقولون لنا. لقد ســمعت ما يقال بســخرية إن جمع كلمة «حرفيــا» ليس بيانات وإنما حرفيــون. كلا! فالبيانات الحرفية والقصصية تُعَدُّ قوية جدًا عندما تُقيَّمُ بعناية وتســتخدم في ســياق البيئة المحلية وتجمع مع بيانات أخرى. فعلى ســبيل المثال، تلقى أحد الجراحين العاملــين لدينــا تعليقات من مرضى بعدما أجرى لهم عمليــات جراحية ذكروا أنه لم يرهم بعــد إجراء العملية وأنه لم يعطِهم الوقت الكافي حال زيارتهم له وأنه كان وقحًا في تعامله معهم وأنه لم يقم بالإجابة عن أسئلتهم. ثمانية تعليقات مماثلة عن طبيب واحد من مرضى مختلفــين خلال فــترة زمنية قصيرة قد لا يكون ذلك عشــوائيًا أو متحقق من صحة بياناته. لكنه يوضح بشكل دقيق جدًا لما كان يحصل.

وقد تم عرض تلك التعليقات على هذا الطبيب وتقديم النصح له حول كيفية تحســين أســلوب ممارسته مما أســهم في إيقاف التعليقات الســلبية ضده. يجب استخدام التغذية الراجعة الحرفية بعناية. فلا يمكننا أن ندين الطبيب كممارس سيئ بناءً على شكوى صادرة مــن مريض واحد. علاوة على ذلك، قد يكون هناك قضايا عملية محلية تؤثر على تصورات المــرضى لما يحــدث. لنفترض أنه تم الاعتناء بالمرضى من قبل فريق من الأطباء، ولم يقم أحد هــؤلاء الأطباء وهو متخصص في إجراء معين برؤيــة المرضى في اليوم التالي وقام طبيب آخر برؤيتهم. هذا لا يشــير إلى تهرب الممارس من رؤية المرضى، بل يشــير إلى أننا قد فشــلنا في إيصــال ؛ وبشــكل فعّال للمرضى من قد يتوقع أن يراه مــن الأطباء. لذا، ومن هذا المنطلق فكما يجب اســتخدام البيانات الكمية، يمكن كذلك أن تكون التعليقات الفردية نافذة على فرص عندما تُقيَّمُ بشكل مناسب.

كما أن هنالك قيودًا شديدة على البيانات الكمية. وقد ذكرنا في سنوات خلت أنه يوجد مقياس رضا يسمى «التعيين عند الطلب»، حيث استخدمنا أساليب جديدة، ونفذنا سياسات جديدة، وحملنا المديرين المسؤولية. ولكن على الرغم من الجهود المبذولة لتحسين الوصول، فلـم نرفع نتائجنا قـط. وفي حين رأينا تحسـنًا في كيفية تقييم المـرضى لمنظمتنا ولمقدمي الخدمة، فإننا لم نَسْعَ إلى إحداث أي تغيير في تصور المرضى لكيفية الوصول لخدماتنا.

هذا دفعنا إلى الغوص العميق في البيانات وتعليقات المرضى، والذي وجدناه أن الحصول عـلى الموعد الذي يريده المريض طلبه كان أقل أهمية من سـلوك موظفي قسـم المواعيد ولقـاء الطبيـب، فإذا كان موظفو قسـم المواعيد مهذبين ويسـاعدون المرضى، فإن المرضى سيقيمون التجربة الكلية بدرجة عالية جدًا، وبالمثل، فكلما كان تفاعل المريض مع الطبيب إيجابياً فإن ذلك يحدد التقييم الكلي للقاء مع الطبيب. «فالموعد المطلوب» لا يمثل بدقة ما هو في الحقيقة مهم بالنسبة للمرضى. فلم يكن حجز الموعد المطلوب في حد ذاته مهماً، بل إن التجربة الإيجابية مع موظفي قسم المواعيد ومع الطبيب كانت هي الأهم.

ويوجد الكثير من الحالات على طول سلسـلة الرعايـة الصحية التي يمكن أن تؤدي إلى تجربة سـيئة أو تجعل المرضى غير راضين. ولكن هناك العديد من الأشياء التي يمكننا القيام بهـا والتي لها تأثير كبير على تعزيـز تجربة المريض وتقديم رعاية عالية الجودة. وكان ذلك مثالًا. وفي الواقع فقد كنا نقيس شـيئًا لا يهم المرضى. لقد كان جذر ما هو مهم هو التفاعل مـع الموظفين في جميـع نقاط الاتصال. إن اسـتخدام البيانات لفهم أفضـل لهذه الفروق البسـيطة، والتأكد من أننا نسـتخدم المقاييس المناسـبة، واختبار صحة تلك المقاييس كلها يعتبر أمرًا حيويًا لضمان أننا نعير الاهتمام لصحة المعلومات.

إن أفضل طريقة لمعرفة ما هو مهم بالنسـبة للمرضى هو أن نقوم بسـؤالهم فقط! وألا نهاب إجاباتهم. قد يؤدي أي تعليق أو اقتراح من اقتراح مريض إلى تحسن كبير وذو مغزى في المنظمة. وتسـتخدم عيادة كليفلاند مجموعة متنوعة من الطرق الأخرى لفهم أفضل ما هو مهم بالنسـبة للمرضى. فمنذ عدة سـنوات، أنشـأنا المجلس الاستشاري لصوت المريض (فباكس)(VPACs) والذي يُعَدُّ توجهًا ناشـئًا لا نظير له بالنسـبة لنا، حيث يسمح للمرضى بتقديم التغذية الراجعة التي تسـاعد في تفصيل الأنشطة. ولضخامة مبنى مستشفى الحرم الجامعي عندنا فقد تم تصميم أداة فباكس لمعظم المنظمات الكبيرة.

تســاعد مثل هذه المجموعات أيضًا على التحقق من فهمنا لما هو مهم بالنســبة المرضى وتعديــل وجهات نظرنا عندما يكون تفكيرنا خارج المســار. لقد اســتخدمنا مدخلات أداة المجلس الاستشــاري لصوت المريض (VPAC) لمســاعدتنا في إعادة تصميم الشكل الحسي لمجموعــة مختارة من غرف الانتظار وتطوير دليل جديد للمرضى المنومين. وســاعد أعضاء المجموعة على التأكد من أسباب حصولنا على درجة متدنية جدًّا في عبارة «هدوء المستشفى في الليل». لقد كنا مشــتبهين في السبب وأنه لا يعود للانقطاع عن النوم بل للمشاجرات في ردهات المستشفى وإزعاج المرضى الآخرين وهذا ما أكدته أداة فباكس.

أتذكر أنني قد استمعت لنقاش في معهد أمراض الجهاز الهضمي من المجلس الاستشاري لصــوت المريض (VPAC) حول دورات المياه والتــي تعتبر مهمة جدًّا لهؤلاء المرضى. حيث عانــت عدة طوابق من حصولها على درجات ســيئة في مســتوى النظافــة، وكنا نفترض أن الدرجة المعطاة كانت لمســتوى النظافة الإجمالي. ولكن المشــكلة الحقيقية كانت في مظهر دورة الميــاه. فبينما لم تكن دورة المياه قذرة، فقد وجه أعضاء المجلس الاستشــاري لصوت المريض (VPAC) انتقادهم لانخفاض مستوى الإضاءة ولعدم ترتيب أداة تخزين البول، مما جعــل دورة المياه تبدو قذرة وفوضوية. وبعدما قمنا بتغيير الإضاءة وتنظيم أدوات تخزين البول فقد تحسنت درجاتنا في مستوى النظافة.

فنحن لا نقف عند حد الاهتمام فقط بأداة المجلس الاستشاري لصوت المريض (VPAC)، بل إن الطاقم الطبي يرشــح المرضى ويتم إجراء مقابلات شخصية معهم، وللمشاركة فلا بد من توافر الحد الأدنى من المتطلبات. وفي حين أننا نرحب بأي أفكار واقتراحات، فإننا نضمن بأنه بإمكان المشــارك العمــل مع الآخرين وتوجيه آرائهم الشــخصية للحصول على تغذية عكســية جماعية بناءة. كما يوجد لدينا أيضًــا ضوابط تتعلق بالمواضيع محل النقاش، ومن الواضح أننا ندير منتدى للتحســين، وليس لبث الشــكاوى الفردية. يضاف إلى ذلك، أننا لا نؤيد الاقتراحات غير القابلة للتنفيذ. فعندما ندعي بأننا في حاجة إلى «إعادة بناء المستشفى لكي يكون لكل شخص غرفة خاصة» فهذا ببساطة غير عملي وغير بناء.

كــما يتطلب نجاح المجلس الاستشــاري لصوت المريــض (VPACs) التزام من المنظمة وقيادتهــا. ويقوم جون جونغ فونغ، جــراح زراعة الكبد ورئيس معهــد الأمراض الهضمية

بقيادة جميع اجتماعات المجلس الاستشاري لصوت المريض (VPAC). ويظهر هذا الالتزام الملحــوظ من قبل القيادة يوضح للمرضى بأن القيادة تهتم بإســهاماتهم، وأنه يتم الاهتمام بتغذيتهم الراجعة على أعلى المستويات.

الواقعية:

نحن نســعى بلا هوادة في التركيز على المريــض ومحاولة فهم ما يريد، ولكن علينا أيضًا أن نكــون واقعيين حول التحديات التي نوجهها في مجــال الرعاية الصحية. في منظمتنا وفي الرعاية الصحية بشــكل عام، لقد تأرجح بندول الرعاية المرتكزة على المريض بعيدًا جدًّا في الاتجاه الخاطئ في منظمتنا وفي الرعاية الصحية بشــكل عــام. والآن وبعد أن عاد يتأرجح، فيجــب علينا أن نتأكد من أنه لا يذهب بعيدًا جدًّا في الاتجاه الآخر. ومع الحفاظ بشــكل دائم على المريــض كمرتكز وبوصلة حقيقية والأخذ في الاعتبار تجربتنا مع المريض كأولوية إســتراتيجية، فيجب أن نضع في اعتبارنا أيضًا الحقائق والصعوبات المتعلقة بتقديم الرعاية الفعالة وأن نعطي قيمة لها مقابل ما يخبرنا المرضى بما يريدون.

إن الإفراط في المســوحات لا يســاوي بالضرورة رعاية مرتكزة عــلى المريض. ويمكن أن يشــتت انتباهنا في أشياء تكون ببساطة غير معقولة أو تفتقر إلى قيمة تحسن كبيرة مقابل تكاليف التنفيذ. فعلى سبيل المثال، هل من المعقول أن نتوقع أن تكون المستشفيات هادئة في الليل، وهو ســؤال رمزي من اســتطلاع تقييم مســتهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحيــة وأنظمتها (HCAHPS)؟ تواجه المستشــفيات، وخاصة المراكز الأكاديمية الكبيرة، صعوبة في تحقيق أعلى المقاييس في هذا المجال. نحن ببســاطة لا نعرف ما يتوقعه المرضى بشــأن الهدوء. هل يعني ذلك الحد الأدنى من المقاطعات أثناء النوم؟ هل يتوقعون ليلة نوم ممتعة؟ علينا أن ندرك أن المستشفيات ليست ببساطة هادئة. كما يجب ألا يتوقع المرضى الحصول على ليلة نوم جيدة.

وبالمثل، فإنه يوجد حث وطني تجاه تقليل عدد ساعات الزيارة، كما أن المرضى وعوائلهم لا يريــدون تقييد وصولهم لأحبائهم عــلى الرغم من عدم الموافقة على ذلك من قلة منهم. ومع ذلك، هل يُعَدُّ تقييد ســاعات الزيارة ليلًا معقولًا بالنسبة لخصوصية وراحة المرضى في

غرف شـبة خاصة؟ إحدى أكثر شكاوى المرضى بشأن الضوضاء تتعلق بوجود مريض آخر في نفس الغرفة. لقد سمعت تقديرات تشير إلى أن أكثر من ستين في المئة غرف المستشفيات في الولايات المتحدة تُعَدُّ غرفًا شـبه خاصة. ومن المؤكد أننا لن نقوم بهدم جميع المستشفيات التـي تحتوي على غرف شـبه خاصة ومن ثم نعيد بناءها بحيـث يمكن للمرضى أن يكونوا في غرف خاصة. إن لسـماحنا بسـاعات زيارة غير مقيدة، يتيـح الفرصة للمرضى أن يكونوا مع أفراد أسرهم واصدقائهم على مدار السـاعة. وبعد ذلك نأتي لنسـأل هل كانت الغرفة هادئـة. إن هـذا يعكس قصورًا في فهمنـا للنظام. إن عدم تقييد أوقـات الزيارة تعتبر من الأفكار الجيدة، ولكنها من الممكن أن تؤدي إلى إزعاج في غرف المستشفى في الفترة المسائية، وبالتالي فمن المحتمل أن يعتبر هذا السؤال سيئًا لطرحه على المرضى في الاستبانة.

إن طرح أسـئلة كثيرة جدًّا، أو طرح أسـئلة يجمع منها معلومات خاطئة قد يؤدي إلى عواقـب غير محمـودة. ففي عام ٢٠١٣م، عقدت عيادة كليفلانـد شراكة مع جمعية ولاية أوهايو الطبية لاسـتقصاء آراء أطباء أوهايو حول إدارة الألم. ومن بين ١١٠٠ طبيب شملهم الاستطلاع، يعتقد ٩٨ ٪ أنهم يتعرضون لضغوط متزايدة من أرباب العمل لتحسين درجات رضا المرضى عن علاج الألم. وبشـكل عام وافق ٧٤٪ منهـم على أن الأطباء الأميريكيين يزيد وصفهم للمواد الخاضعة للرقابة لعلاج الألم خصيصاً لزيادة درجات رضا المرضى. وتعد هذه النتائـج مثـيرة للقلق، ويمكن أن تكون عواقبها خطيرة على المرضى. وتشـير الدلائل على أن تعاطي الهيروين مرتبط بإساءة اسـتعمال المخدرات. ويشكل الأمريكيون ٤٫٦ ٪ من سكان العالم ويسـتهلكون فعليًا ٨٠ ٪ مـن إمدادات الأفيون في العالم. لقـد وضعنا توقعًا في هذا البلد بأنه بالإمكان معالجة الألم دومًا، وقد يكون من الخطأ سؤال المرضى عن رأيهم في أداء مقدمو الرعاية الصحية في علاج الألم.

كما أن اسـتبانات اسـتقصاء رضا المرضى تقيس كذلك مـدى إدراك المرضى. وكما قلت، فـإن المرضى يعرفون تصورهم للخبرة مقارنة بوضعهم الشـخصي. إن الكثير من الدراسـات الاسـتقصائية الموحدة التي يطلب منا اسـتخدامها ليست معدلة بشـكل جيد بما يتناسب مع العوامل المهمة للمريض، مثل شـدة المرض المزمن لدى المريض أو وجود اكتئاب لديه. وكلاهما من العناصر المهمة التي يمكن أن تحدد تصور المرضى لرعايتهم. حيث قدرت إحدى

الدراسات أن ما يصل نسبته إلى ٣٠ ٪ من المرضى ذوي الأمراض المزمنة الذين يتم تنويمهم في المستشفى يوجد لديهم عناصر الاكتئاب[٨]. لقد قمنا في عيادة كليفلاند بتحليل بيانات تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) المتعلقة بشدة المرض بالنسبة للمريض والاكتئاب المبلغ عنه شخصيًا. وقد جاءت درجات تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) أقل بكثير في جميع المجالات إذا ما تم المقارنة بين مرضى أكثر صحة ولا يوجد لديهم أمراض مزمنة ولا اكتئاب مع مرضى لديهم أمراض مزمنة واكتئاب. وهذه نتيجة مهمة لأنها تؤثر على كيفية تفسيرنا لهذه البيانات والافتراضات التي نقدمها حول منشآتنا ومدى قدرتها على تقديم رعاية مرتكزة على المريض.

تحدث عن قصص المرضى:

لكل مريض قصة ونحن بحاجة لأخذ الوقت للاستماع إليه. وسنكون أكثر فطنة عندما نساعد المرضى على اجتياز الأوقات الشديدة الصعوبة. وقد قام مارك بوم (Marc Boom) من مستشفى هيوستن ميثودست (Houston Methodist) بافتتاح اجتماع مجلس الإدارة بقراءة رسالة من مريض (قصة مريض). قال بوم: «فهي (أي قصص المرضى) تساعد على تذكيرنا لماذا نحن هنا، وتجعلنا نتعلم أشياء عن منظمتنا» ولهذا السبب فإنني أبقي على هذه الرسالة والصور على مكتبي.

ونحن جيدون جدًا كمتخصصين في الرعاية الصحية في إقناع أنفسنا بأننا نعرف بالضبط ما يريده المرضى. وبعد هذا كله، فنحن، المهنيين، كنا وفي كثير من الحالات مرضى. إن وجهات النظر جميعها تميل إلى إقناعنا بأننا نعرف أفضل. ولكن استخدام التغذية الراجعة وتحليل البيانات أمر حيوي للفهم الصحيح.

هل يعرف موظفوك كيف يفكر المرضى؟ هل لديك رؤى حول القضايا ذات الأهمية؟ هل تقوم بنشر تلك المعلومات حتى يعرفها الجميع؟ إن استطلاعات الرأي توفر بيانات مهمة، ويجب على المنظمات استخدامها لقياس مجالات اهتمام محددة. ولكن التواجد والنقاش المباشر مع العملاء في الخطوط الأمامية، وهم المرضى في حالتنا، يعتبر أمرًا حاسمًا في

فهم صحيح لما يحدث. لقد أحدثت عيادة كليفلاند تغييرات إســتراتيجية مهمة وتحسينات تنظيمية ذات مغزى من خلال الاهتمام بالبيانات.

ولا بد من الاهتمام بالعناصر التالية:

١. التغلب على تحيز أن مهنيي الرعاية الصحية هم قادة ومستهلكون للرعاية الصحية وبالتــالي فنحن نعرف الأفضل للمرضى. ففي كثير مــن الأحيان لا نفهم حقيقةً ماذا يعني أن نكون في الجانب الآخر، والطريقة الوحيدة للتأكد هي سؤال مرضانا وفهم ما هو مهم بالنسبة لهم.

٢. هنالك الكثير فيما يفكر به المرضى مما تكشــف عنه الدراسات الاستقصائية الموحدة. فقصص المرضى يمكن أن تحول إلى عبارات قوية جدًّا ترغم المنظمات على التحســين. لذلك فلابد من أخذ الوقت الكافي لكي نسأل المرضى وأسرهم ما هو مهم بالنسبة لهم.

٣. إنشــاء مجلس صوت المريض الذي يجتمع بانتظام للحفاظ على «نبض المســتهلك» وفهم بما يفكر المرضى. وضمان تمثيل المجلس بشــكل جيد وحضور جلساته من قبل القيادة العليا، وتمكين نشــاطات المرضى من خــلال تنفيذ بعض اقتراحاتهم. فالمرضى يستحقون أن يكون لهم نافذة مباشرة على أعلى سلطة في المنظمة.

٤. تذكر أن المرضى لا يريدون أن يكونوا عملاءنا. يأتون إلينا في أســوأ وقت في حياتهم. لأن المرضى كمستهلكين للرعاية الصحية ليس لديهم وعي صحي ويستخدمون وكلاء لتقييمنا. فالأمور الصغيرة تُعَدُّ مهمة للمرضى وســوف يســتخدمون هذه التفاصيل للحكم على فعاليتنا في تقديم الرعاية.

٥. كل مريــض لديه قصة، وسرد تلك القصــص لمقدمي الرعاية في جميع أنحاء المنظمة هو وســيلة قوية لتذكير الناس لماذا يعملون في مجــال الرعاية الصحية. كذلك لا بد من مشــاركة رسائل المرضى وقصصهم بشكل متكرر في جميع أنحاء المنظمة وافتتاح الاجتماعات بقراءة قصة لمريض، والتأكد من أن المعلومات تذهب على طول الطريق إلى مجلس الإدارة، الذين يعملون على دعم الرسالة ثم مقدمي الرعاية أيضاً.

الفصل التاسع
التنفيذ هو كل شيء


٢٠٠

الفصل التاسع

التنفيذ هو كل شيء

تعلمت بعد فترة قصيرة من تعييني مديرًا تنفيذيًّا لتجربة المريض (CXO) درسًــا صعبًا في التواضــع والتفريق بين الحديث عن الإســتراتيجية وامتلاك القــدرة على تنفيذها. قرأت مقالة في مجلة التجارة في المستشــفيات حول مجال تجربة المريض الناشــئة -وهي مقالة لم تذكر عيادة كليفلاند. لقد كنت مندهشًــا حيث كنا أول مستشــفى على مســتوى الولايات المتحدة الأمريكية يعين فيه مدير تنفيذي لتجربة المريض ويُنْشَــأ فيه أول قســم يركز على تجربــة المريض. اعتقدت أننا كنا في طريقنا إلى النجاح. قادني غروري إلى الاعتقاد أنه يجب أن يكــون هناك شيء من الأخبار المهمة التي يمكننــا نشرها. بعد كل هذا، كان يجب علينا كموظفين في عيادة كليفلاند أن نعرف ما كنا نعمل.

لقــد اتصلت بالصحفية وســألتها عما إذا كان بإمكاننا المشــاركة في مقــال آخر يغطي بعض مبادراتنا النشــطة. وقد قدمــت الصحفية جرعة قوية من الواقــع قائلة: «أنا أعرف عــن عيادة كليفلانــد ومكتبك، إذا كنتَ المدير التنفيذي لتجربــة المريض، فما الذي فعلتَ في الواقع لتحســين تجربة المريض؟» فوصفت لها إستراتيجيتنا وكيف كنا نفكر بشأن تجربة المريــض، ولكن كان ذلك لفظيًــا. فردت على قائلة، «لديك درجــات مفزعة! لماذا يريد أي شخص أن يقرأ عما تفعله؟ اتصل بي عندما تصبح الأمور أفضل!» كانت على حق تمامًا، لقد علمتني درسًــا قيمًا عن أهمية وجود شيء يجري العمل به. إن الاعتراف بالعلامة التجارية والإستراتيجية الصحيحة، والأفكار الجيدة لن تنفع ما لم تنفذ بنجاح.

إن وضــع المــرضى أولًا كمؤشر وإضافــة تجربة المريض إلى قائمة طويلــة من الأولويات الإســتراتيجية كان سهلًا. ولكن النزول إلى العمل وتفعيله مسألة أخرى تمامًا. فقد كان لدينا منصــة حــرق، وناس عاطفيون، واتفاق على ما هو مهم، ولكن لم يكن لدي أي فكرة أين أو كيف نبدأ. لم يكن لدي مستشــار، ولا نموذج يحتذى به، ولا مدرب. لم يكن هناك كتب ولا مقــالات حقيقية عن الطرق والتنفيذ. لم نكن قد اســتفدنا بعد مــن مفهوم الثلاثية البائية (Ps): العملية (process)، والناس (people)، والمرضى (patients).

وعندمـا أتحدث إلى جمهور الرعاية الصحية، فإنهم يحددون بفعالية هذا اللغز. ويرون أن هنـاك حاجة إلى تبني بيئة أكثر تركيزًا على المريض والأسرة، ولكنهم كثيرًا ما يعبرون عن إحباطهم من عملية التنفيذ. إن الأسئلة الأكثر شيوعًا عندما أتحدث إلى أنظمة المستشفيات الأخرى هي «من أين نبدأ؟» و «كيف نبدأ؟».

ومـن الطرائـف التي تروى في الطب هـي أن الجراحين لم يتدربوا عـلى التفكير ولكن تدربوا لكي ينفذوا. لذلك شـعرت أنني لم أكن أعيـش حتى التدريب الخاص بي. إن التنفيذ الناجح يعتبر من الأشـياء المبجلة في أي صناعة. كان هذا درسًـا مهمًّا غرسه زميلي وصديقي أنانث رامان، الذي كان يعمل أسـتاذًا للأعمال اللوجسـتية في كلية هارفارد التابع لمؤسسة يـو بي إس (UPS). حيـث تعرفت على أنانث أول مرة بعد فترة قصـيرة من تعييني مديرًا لموظفي التجربة. لقد كان مؤمنًا عاطفيًا بأهمية تجربة المريض وكان يدرس جهود العيادة في التحسـين. حيث أمضى حياته المهنية في دراسـة عمليات المصانع وكيف كانت العمليات أكثر كفاءة عندما تأخذ العنصر البشري من الإنتاج.

لقد أدرك أنانث (Ananth) أن الرعاية الصحية عبارة عن عمل يتطلب من البشر جعل المنتـج وهو تقديـم الرعاية الصحية أكثر كفـاءة وعناية. وكان لنـا محادثات طويلة حول ما تعنيه تجربة المريض وقيمتها بالنسـبة للمنظمة. كما ناقشـنا مدى أهمية ذلك بالنسبة للمرضى وكيف أن تحسينه سـيكون تحويليًا للرعاية الصحية. وكان دائمًا يدفعني بقوة عن الكيفية التي سـننفذ بها: كان يقول لي: «جيم، كيف يمكنك إصلاحه، كيف يمكن تحسـينه؟ ما هي التكتيكات؟ الجميع يوافق على أنه من المهم، ولكن كيف يمكنك التنفيذ؟».

ومـن الصعـب الإجابة، جزئيًا، لأن أولئك المكلفين بمبـادرات تجربة المريض في كثير من الأحيان يفتقرون إلى الخبرة التشـغيلية ولديهم القليل من السـيطرة على العمليات. إنهم مسؤولون، نظرًا للمسؤولية المهمة في تحويل المنظمة وقلة الموارد للقيام بذلك. وهذه مهمة صعبة ولكنها ليسـت مستحيلة، وتتحدد الفعالية إلى حد كبير بالمهارة في بناء تحالفات من قادة العمليات. وتتطلب القدرة على بدء المشاريع ونقلها إلى الأمام إجماع الآراء والمشاركة. يبـدو هذا صعبًا، وهو كذلك. ولكن تذكر أن الغرض هو وضع المرضى أولًا. إن إركاب الناس على متن الحافلة للقيام بشيء ما أسهل بكثير عندما يكون الهدف هو تحسين الطريقة التي نحرص فيها على الناس.

لقــد وجــدت نفسي بالضبــط في هذا الموقف عندمــا توليت تجربة المريــض في عيادة كليفلانــد. كان لدي عدد قليل من الموظفين وتفويــض لتغيير منظمة يبلغ تعداد موظفيها ٤٣٠٠٠، يشــمل ذلك أطباء، وممرضين، ومجموعات أصحاب المصلحة الموارد البشرية. فإذا أردت أن أفعل شيئًا وأنا نائم على السرير، فإني أضطر إلى التفاوض مع التمريض. وإذا أردت أن أتناول التدريب أو الثقافة، فإن عليَّ أن أتعامل مع الموارد البشرية. وإذا كان هناك شيء يؤثر على منطقة العمل التي يوجد فيها المريض، مثل خدمة الطعام، مواقف السيارات، أو النظافة، حيث إن هذا هو في نطاق العمليات. وكان لكل قائد أفكار بشأن الأولويات وكيفية تأطير المشــكلة. وهذا هو أحد الأســباب التي تجعل قادة العمليات في المســتوى المتوسط يواجهون صعوبة في تحريك برنامج تجربة المريض، ومن الضروري اختيار القيادي المناســب للمبــادرة. فإذا كان الممرض يقود تجربة المريــض، فإنه من الضروري أن يكون لدينا شراكة قوية مع الطبيب. وبالمثل، يحتاج الطبيب القيادي إلى شراكة مع الممرضين. كما تحتاج قيادة العمليات غير السريرية إلى كليهما.

عندما عُيِّنتُ مديرًا تنفيذيًّا لتجربة المريض (CXO) لم نســتطع توضيح كيف ســيكون التنفيذ ناجحًا ولم نناقش التكتيك لدفعه. ومثلما كان لكل شــخص تعريف مختلف لتجربة المريض، كان هناك عدد متســاوٍ من الأفكار حول التحســين. حيث رأى البعض أننا بحاجة لبــدء حملة ابتســامة. واعتقد آخــرون أننا بحاجــة إلى مزيد غير الأطبــاء يقومون بزيارة المــرضى يوميًا. لقد جاءت الأفكار دون توقف، ومتعددة، وتتدفق بحرية، وكثيرة. لقد كنت شــبه مشــلول، لا أعرف من أين أبدأ أو ماذا أجرب. وكانت هنــاك محادثات حول «الثمار الدانية» وهي عبارة أكرهها، وأستفسر عن «الانتصارات السهلة والسريعة» و«كسب بعض النجاحــات المبكرة» حينها نظر الجميع إليَّ متســائلين: «ماذا تفعل؟ بمــاذا تحاول؟ وكيف يمكننا مساعدتك؟ لقد كانت التوقعات للتحسن مكثفة.

لقد كانت عيادة كليفلاند أيضًا في خضم جهد اندماجي تنظيمي كبير. لقد كنا أساسًا شركة قابضة للمستشفى تعمل على دمج أجزاء مختلفة من منظمتنا في شركة تشغيل المستشفيات ونظام صحي مدمج. وكان من المســتحيل اقتراح أفكار دون أن يتم الطعن في كيفية تأثيرها وتنفيذها عبر «المؤسســة». وإذا نسيت اســتخدام كلمة المؤسسة في كل اقتراح، عدَّني الناس فاشــلاً في فهم ما تعنيه المؤسسة. قام زميل في اللجنة التنفيذية بتوجيه كلامه لي أمامَ العامة قائلًا: «جيم، أنت لا تفهم ما هي الأبعاد الإستراتيجية في النظام الصحي المتكامل».

كانـت عبارة وصفـة خاصة بالكوارث: الضغـط لمحاولة القيام بـشيء، إلى جانب عدم السـيطرة حقًا على أي شيء تحت يدك بالإضافة إلى التفاوض مع زملاء أقوياء لديهم أفكار صلبـة حـول ما هو مهم. لقد كانت الأشـهر القليلة الأولى من وظيفتـي الجديدة مرهقة. ولحسـن الحظ، كان رئيسي مديراً تنفيذيًا بارعًا. قال لي كوسـغروف: «جيم سوف أساندك فخذ وقتك لمعرفة ذلك»، لقد كنت ممتناً لدعمه.

اعتقـدت أن أفضل طريقـة للبدء هي أن نبدأ بالمسـائل الصغيرة، ونحـاول العمل في المشاريع المتواضعة التي لا تتسبب في آثار على المؤسسة وذلك لمعرفة ما إذا كانت ستنجح من عدمه، وأن نعمل على الأشياء الصغيرة في بيئة العمل مثل وحدة أو قسم واحد ومن ثم يمكننا التوسع إذا نجحنا فيتم التعميم على المؤسسة ككل. (كيف تكون المؤسسة مكروهة؛ وكيف السير في تجربة المريض على المستوى المحلي!). فنحن بحاجة أيضًا إلى فهم أفضل لما كان يحدث على مستوى الوحدة قبل أن نحاول عمل أي شيء على مستوى المؤسسة ككل.

لذلـك بدأنا كالتالي: حددنا واحدة من أسـوأ الوحدات أداءً من خلال أداة الاسـتقصاء تقييم مسـتهلكي خدمات المستشـفيات لمقدمي الرعاية الصحيـة وأنظمتها (HCAHPS) وقمنا بتشـكيل فريق مكون من مديرة التمريض، وممثل من مكتب تجربة المريض، ممثل عن الأطباء، ومشرف من الخدمات البيئية، وآخرين من المشـاركين في تنسـيق الرعاية، مثل الأخصائية الاجتماعية ومدير الحالة (مسـؤول عن تنسـيق إجراءات العلاج للمريض حتى الخروج من المستشـفى أو تحويله إلى مكان آخر). حيث اجتمع هذا الفريق أسبوعيًا لمدة سـاعة تقريبًا لتحديد المشـاكل التي تسـهم في عدم رضا المرضى، واستعرض الفريق بيانات أداة تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) وتحـدث مع المـرضى والموظفين. وكانت الأهـداف هي جمع البيانـات في الوقت الفعلي، وتحديد الفرص، وحل المشاكل المحددة بسرعة، حيثما أمكن.

وسرعان ما شـهد فريق الوحدة عدة مجالات للتحسـين. يحتـاج الكثير من المرضى إلى إجـراء منظار، ويتطلب ذلك الصيام قبل الإجراء. وفي كثير من الأحيان يتأخر القيام بالإجراء خارج حدود الوقت المتوقع. والمريض ينتظر وهو غير قادر على تناول الطعام ومرتبك حول توقيت الإجراء. ولعل الأمر أكثر سـوءًا حيث يمكـن أن يعاد جدولة الإجراء إلى اليوم التالي. مما يتسـبب في اسـتياء كبير من المريض لأنه يتطلب الصيام المسـتمر. وفي بعض الأحيان فإن تأجيل القيام بالإجراء يؤدي إلى تأخير خروج المرضى، لذلك فإن في هذا فرصة لتحسـين العمليات، فضلا عن تعزيز رضا المريض.

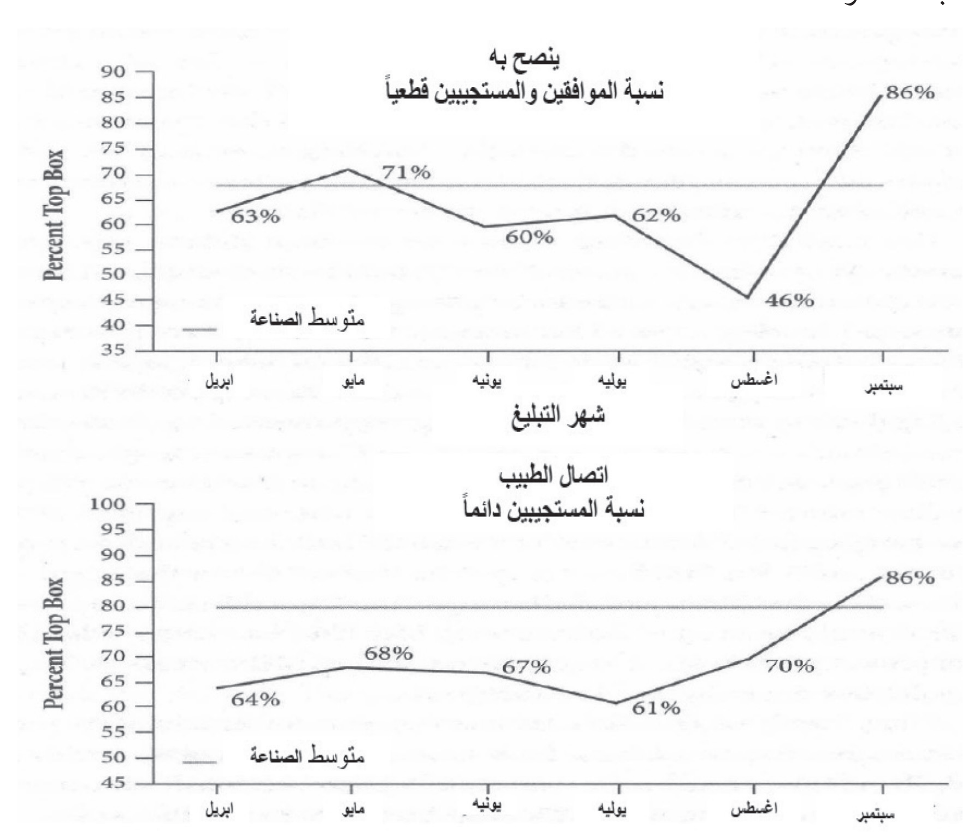
ولأن سـكان الوحدة يعانون عادة من مشـاكل طبية متعددة، فهناك حاجة إلى تنسيق كبير للرعاية لإخراج المريض من المستشفى بنجاح. لقد كان التعاون بين الأخصائي الاجتماعي ومنسـق الرعاية أمرًا ضروريًّا، ولكـن سرعان ما اتضح من خلال اجتماعاتنا الأسـبوعية أن هـؤلاء الأفـراد لم يفلحوا في العمل معًـا ولم يتصلوا بفعالية. لقد كانـت الكراهية المتبادلة مكثفة لدرجة أنهم تجنبوا أن يكونوا في نفس المكان في نفس الوقت، الأمر الذي من الواضح أنه أدى إلى تعقيد تنسـيق الرعاية. وقد اكتشـف فريقنا أيضًا أن مديرة التمريض كانت في كثير من الأحيان رهن مكتبها تتعامل مع الأوراق وغيرها من الأعمال ولم تقم بجولة بانتظام على الموظفين أو المرضى. وعلاوة على ذلك، فإنه من النادر أن يتحدث الأطباء مع الممرضات حول خطط الرعاية.

وقد اكتشف هذا الفريق الصغير الذي يتجمع مرة واحدة في الأسبوع لمدة ساعة تقريبًا مجموعـة متنوعة من الفرص، بعضها يمكن أن يتم حله بسـهولة وغيرها قد يتطلب المزيد مـن الوقت والجهد. إن الطلب مـن مديرة التمريض أن تقضي مزيـدًا من الوقت للمرور عـلى المرضى يتطلب من مديرها أن يضع وينفذ توقعـات جديدة. كما أن إشراك الأخصائي الاجتماعي ومدير الحالة في العمل معًا يتضمن ببسـاطة الدخول في نقاشـات حرجة حول مسـؤولياتهم في العمل وتحميلهم المسـاءلة عن المشاركة في الفريق. سوف يتطلب تحسين تنسيق الجدول الزمني بين الوحدة وجناح المناظير عملية أفضل، ولكن تحديد المشكلة كان خطوة أولية مهمة.

وكان هذا المشروع المتواضع للوحدة «فوزًا سريعًا» حيث كانت الأهداف سهلة الوصول. وبعد مضي شـهر من بدئنا في الحشـد لمعالجة المشاكل، حصلت الوحدة على أعلى درجات في تقييم أداة تقييم مسـتهلكي خدمات المستشـفيات لمقدمي الرعايـة الصحية وأنظمتها (HCAHPS) وهـي الأعلى في المنظمة وفي تاريخ المستشـفى (انظر إلى الشـكل ١-٩). لو قلت إنني شـعرت بسـعادة غامرة فإن ذلك أقل بكثير. لقد شعرت بأني كسبت ذهبًا. لقد أثبت هذا المشروع التجريبي أنه بإمكاننا أن نؤثر فعليًا على نتائج تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) من خلال حلول بسيطة يقوم بها من مقدمو الرعاية في الخطوط الأمامية.

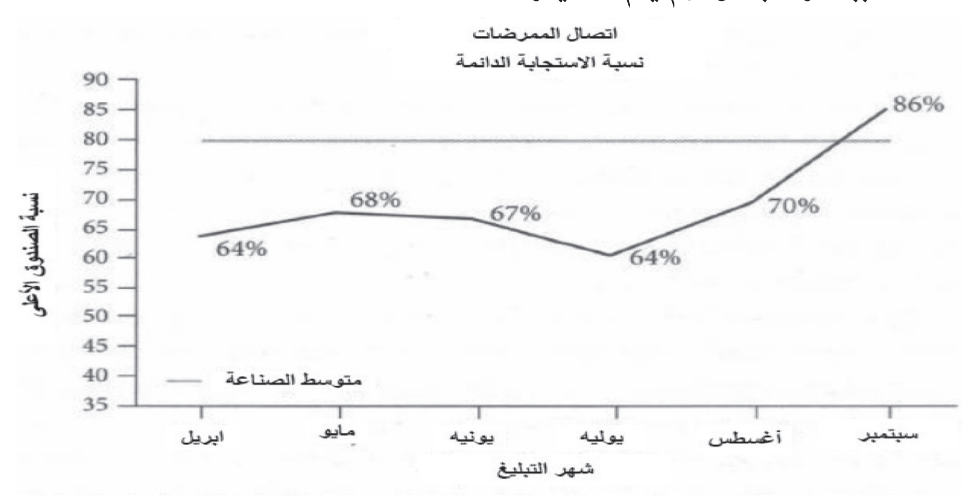
وعندمـا أطلعـت زملائي في الفريق التنفيـذي على المشروع وأريتهـم المقاييس، نظر إليَّ ستيف جلاس (Steve Glass) مدير الإدارة المالية قائلًا «الآن، هذه الأشياء حقًا مهمة» ووافقه في ذلك كوسغروف قائلًا: إننا قد أثبتنا أنه يمكننا أن نغير تجربة المريض بطرق قابلة للقياس.

وقد علمتنا هذه المشــاريع الأولية الصغيرة درسًا مُهمًّا عنِ تجربة المريض بطريقة يمكن قياســها. لقد علمتنا هذه المشاريع المبدئية الصغيرة درِسًا مهماً عن التجريب على المستوى المحــلي. ولكــن خطواتنا المقبلة تظهر التحديات ذات العلاقة بطرح أي شيء على مســتوى المؤسســة ككل. لقــد حققنا نجاحًا لأننا ركزنا على المســتوى المحلي مــن أجل تنفيذ تجمع تجارب المرضى. وعندما حاولنا توســيع هذا الأسلوب ليشــمل وحدات ومستشفيات أخرى وعلى الرغم من بياناتنا فقد وجدنا القليل من الموافقة على أن هذه الممارسة كانت الأفضل. لقــد ًاعتبر تجمع تجربة المــرضى خيارًا وليس تفويضًا. ويتطلب ذلــك إقناع مدير الوحدة، وكبير الأطباء، وغيرهم بالمشاركة. لم يكن لدينا القدر على فرض التنفيذ حتى الآن لذلك كان نجاحنا متواضعًا.



شكل ١-٩ الفوز السريع في وحدة المشروع

كما أن هذا المشروع المبكر أعطانا درسًا حول عمليات المستشفى وأساليبها. فالمستشفيات مملــوءة بالعمليات، وآلاف الأنظمة والعمليات المترابطة التي تقدم معًا المنتج المعقد الذي نطلــق عليه الرعاية الصحية. وقبل أن نتمكن من التكاتف حول أي تجربة مريض «الحل»، كان علينا أولًا أن نتأكد من أن عمليات المستشــفى الأساسية كانت فعالة، وبشكل عام فإن هــذه العمليات كانت تعمل بكفاءة وتحقق ما هي مصممة للقيام به. ومع ذلك، كان يتم إدارة العديــد من العمليات كأنها تجري في مســتودع (صومعة غــلال) يكون بها موظفون مسؤولون عن عملية واحدة وليس لديهم فكرة عما تقدمة المستودعات الأخرى فأنظمتهم لا تتصل ببعضها البعض، ولم يتم تصميمها للعمل معًا.



(تابع) شكل ١-٩ الفوز السريع في وحدة المشروع

ويُعَــدُّ تأخير إجــراء المنظار أو إلغــاؤه دون معرفة فريق التمريــض ولا المريض بذلك أحد الأمثلة. وقد اشــتكى العديــد من الممرضات بأنهن عاجزات أمــام ما يحدث في وحدة التنظير. ومع ذلك فإن عليهن أن ينقلن الأخبار السيئة للمرضى حول تأجيل الإجراء. وتعمل المستشــفيات وفق العملية ويؤدي فشل النظام عندما لا تعمل العمليات بفعالية (جدولة المناظير) أو لا تتعامل بسلاســة مع العمليات الأخرى (التنســيق بين جناح التنظير ووحدة التمريض). فلا كمية الابتسامة أو حشد طرق تميز الخدمة لحل المشكلة، سوف تعمل على تحسين تجربة المريض وإنما علينا أن نصلح العمليات المعطلة.

ومــن الصعب تحديد وإصلاح عمليات المستشــفيات الخاطئة. كــما أن عملية الإصلاح تحتاج لقيادة شــجاعة ذلــك لأن العمليات المعطلة عادة ما تكــون من عمل مديرين غير أكفــاء مديرين يفتقرون إلى المســاءلة. فــإذا كانت الوجبات التي يتــم إيصالها للمرضى لا تتطابق مع اختياراتهم حســب قائمة الطعام، فإنه يجب إصلاح ذلك. وعندم يتصل المرضى على المستشــفى لأخذ مواعيد ويجدون أن خطوط الهاتف مشــغولة وبشــكل مستمر فإن هــذه مشــكلة تحتاج إلى حل. ومن المغالطة الاعتقاد بأن حشــد المزيد من إســتراتيجيات تميز الخدمة أو المزيد من الاعتذار أو محاولة حل المشــكلة ســوف يؤدي إلى تخفيف هذه المشــاكل. أصلح ما تم كسره وطور أو استبدل المديرين السيئين. ولا تضع فقط ضمادًا على شيءٍ لا يعمل من الأساس.

وإذا بــدأ المخزون في النفاد، ونحن على يقين من أن عمليات المستشــفيات تعمل، فإن الســؤال الذي يمكــن طرحه يتمثل في ماذا يمكننا أن نعمل لكي نســاعد في إحداث التغيير؟ وهــذا يقودنا إلى موضوع أفضل الممارســات والدروس الأخرى المســتخلصة من تجربتنا في الواقع. وهناك عمليات أو أساليب جيدة تعدُّ أفضل الممارسات التي ينبغي تنفيذها.

وتعرف أفضل الممارســات بأنها «طريقة أو تقنية أظهرت باســتمرار نتائج متفوقة على تلــك التي تحققت بوســائل أخرى وتســتخدم كمقياس معياري. وبالإضافــة إلى ذلك، فإن الممارسة «الأفضل» يمكن أن تتطور لتصبح أفضل عند اكتشاف التحسينات[١]».

ولــكي تكون جديرة بالاهتمام، فإن أفضل الممارســات يجــب أن تكون قابلة للتطوير في بيئتك وأن تســاعد على تحقيق أهدافك. وعند تنفيذ هذه الممارسة في مجالات أخرى، فهل اســتمر التحسن؟ وما المدة؟ وهناك آراء متباينة بشأن المدة التي يجب أن يعمل فيها شيء قبل أن يعتبر أفضل الممارسات التي ينبغي تنفيذها على نطاق أوسع؛ وأنا أوصي بأن تتراوح المدة ما بين ثلاثة إلى ستة أشهر. يجب أن تتضمن أفضل الممارسات مقياسًا مرتبطًا بها حتى تعرف ما إذا كانت تحدث فرقًا فعليًا من عدمه.

وتعدُّ غربلة أفضل الممارســات عنصراً مهماً في برنامج تحســين تجربة المريض. ولا يمكننا أن نفعــل كل شيء، وما نختار أن نفعله ينبغي أن يكون له تأثير واســع النطاق. فالجولات التي تقوم بها الممرضة كل ســاعة، أو كما يطلق عليه البعض الجولات التمريضية الغرضية

هـــي مثال على أفضل الممارســات. وهذا ينطوي على أن تذهــب الممرضة إلى غرفة المريض كل ساعة وأن تتحقق من بعض المعطيات في القائمة المرجعية. وفيما يلي أسئلة نموذجية:

١. هل استخدمت دورة المياه؟

٢. هل يوجد لديك ألم؟

٣. هل تحتاج إلى تعديل وضعك؟

٤. هل تحتاج تقريب أغراضك الخاصة بك؟

٥. هل تحتاج أي شيء آخر؟

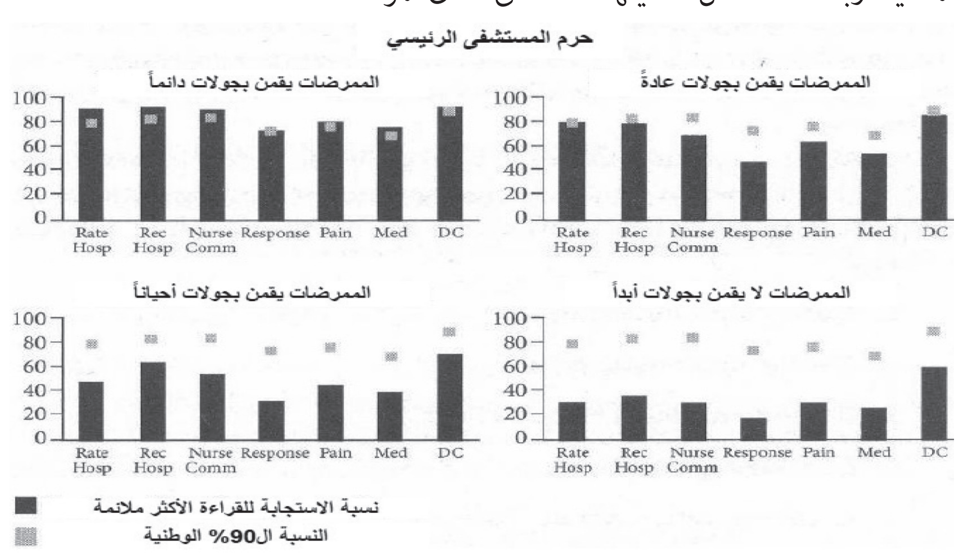
وقد أثبتت هذه الممارسة في أنها تحسن درجات رضا المرضى، وتحد من استخدام المكالمة والإضاءة، وتقلل من الســقوط وقرح الفراش[٣] وتقلل مــن الأخطاء الدوائية. ومن الواضح أن هذه الممارســة الأفضل تؤثر على ســلامة المرضى ونوعيتهــم ورضاهم؛ كما أن أثرها على المنظمة يمكن أن يكون على شكل إنتاجية عالية.

في عيادة كليفلاند يمارس القيام بجولات على المرضى كل ســاعة بشــكل متقطع. وعندما قمنــا بتقييم درجــات تقييم مســتهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعايــة الصحية وأنظمتهــا (HCAHPS) في الطوابــق التي كان القيام بجولات على المرضى يمارس بشــكل روتيني وجدنا أن الأداء كان أفضل. وقد أُقْنِعَ مدير التمريض في أحد مستشفياتنا المجتمعية والذي وقع وفقًا للتقييم الروتيني لبرنامج تقييم مســتهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتهــا (HCAHPS) على المئينية ال ٩٠ بأن الدرجة التي حصل عليها كانت بسبب الجولات الروتينية كل ساعة.

لقــد وافقت ك. كيــلي هانكــوك (K.Kelly Hancock)، وهي الآن المديــرة التنفيذية للتمريــض وفي ذلك الوقت كانت مديرة التمريض في مركز القلــب والأوعية الدموية، على إجراء دراســة اســتطلاعية. اختارت عدة وحدات وفرضت القيــام بجولات على المرضى كل ساعة. وقد أضفنا سؤالًا جديدًا إلى استبانة المرضى المنومين التي ترسل لهم بعد الخروج من المستشــفى نسألهم فيه عما إذا كانت الممرضة تزور المريض كل ساعة. وباستخدام تصميم تقييم مســتهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعاية الصحيــة وأنظمتها (HCAHPS)

القياسـية، سـألنا عن مقياس رباعي عما إذا كانت الممرضة تأتي للمريـض (دائمًا، عادةً، في بعض الأحيان، لم تأتِ) كل سـاعة. وقد جمعنا ٤٠٠٠ استجابة للمريض خلال التجربة التي استمرت ٩٠ يومًا.

وكانت النتائج مذهلة. فإذا قال المرضى إنهم «دائمًا» يرون الممرضة، فإن نطاق التمريض في تقييم مسـتهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) يكون قد حقق المئينية ٩٠ (Th Percentile 90) من الأداء. كما هو مبين في الشـكل ٢-٩. وكلـما أجاب المريض بـ «عادة» أو «أحيانًا» أو «مطلقًا»؛ تدهورت النتائج تدريجيًا. كما أن هناك شـيئًا من الشـك في أن الهدف من القيام بجولات على المرضى كل سـاعة قد أحدث تغييرًا كبيرًا في الدرجات. وقد أثبتت الدراسـة الاستطلاعية التي أجرتها هانكوك في منظمتنا ما تم وصفه بشـكل جيد في البحوث التمريضية، وكان التحسن كبيرًا لدرجة أن كوسغروف أوصى بـضرورة قيام الممرضات بجولات على المرضى كل سـاعة وذلـك في جميع الوحدات. وهي خطوة لم يسـبق لها مثيل وكان لها تأثير ذو معنى على المنظمة وعلى كيفية اهتمامنا بالمرضى. وهذا مثال على كيفية أخذنا لأفضل الممارسـات، واختبارها في العديد من البيئات المحلية، وبعد التأكد من فعاليتها، تنفذ على نطاق المؤسسة.



شكل ٢-٩ جولات الممرضات على مدار الساعة ودرجات تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS)

وللتأكــد من القيام بالجولات، فعلينا مواصلة اســتقصاء آراء المرضى حولها. ونطلب من الممرضات الإكلينيكيات إكمال ورقة تتبع الحالة في غرف المرضى. إن قيام الممرضات بجولات على المرضى كل ساعة يعتبر من أفضل الممارسات التي لا تؤثر فقط على رضا المرضى بل على جودة وســلامة المرضى والتي يجب أن تكون من الممارســات الروتينية في كل مستشــفى في جميع أنحاء العالم.

لقد علمتنا تلك التجربة درسًــا مهمًا حول الشراكــة مع أصحاب المصلحة ذوي الطبيعة الحساسة. لقد كانت هانكوك من أوائل المؤيدين وحليفًا حاسمًا في جميع جهودنا في تحسين تجربة المريض. وقد كانت في ذلك الوقت مســؤولة عن جزء صغير فقط من البنية التحتية للتمريــض لدينا، فلولا قيادتها ودعمها لهذه التجربة لما نجحت. وبمجرد أن أظهرت درجات تقييم مســتهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعاية الصحيــة وأنظمتها (HCAHPS) حجم التحســن، فلم نجد اعتراض على التنفيذ في بقية أرجــاء المنظمة. يحتاج قادة تجربة المريض إلى متعاونين رئيســيين مثل هانكوك مع أصحاب المصلحة وذلك لدفع الجهود بغية تحقيق النجاح.

إن قدرتنا على التعامل مع مشــاكل تجربة المريض قد تحسنت ولكن ببطء. لقد نجحنا في تجربة المشــاريع الصغيرة، كما حددنا الشركاء الرئيســيين من أصحاب المصلحة، وحققنا النجاح ببطء.

وســوف تُرْبطُ نتائج اســتقصاء تقييم مستهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتهــا (HCAHPS) مع التعويضات المالية في عام ٢٠١٣ قريبًا. ونعلم أن من شــأن ذلك أن يخلق منصة مشتعلة لرسائلنا. لقد تم تنظيم أسئلة تقييم مستهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتهــا (HCAHPS) بدقة في مجالات مختلفة تشمل:

١. الاتصال بالممرضة.

٢. الاتصال بالطبيب.

٣. مدى استجابة موظفي المستشفى.

٤. إدارة الألم.

٥. التواصل حول الأدوية.

٦. معلومات حول الخروج.

٧. النظافة والهدوء من بيئة المستشفى.

٨. السمعة – والتدابير ذات العلاقة.

وقد سمحت لنا هذه المجالات بتعيين درجات تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) كمقاييس أولية لنتائج تحسين تجربة المريض. إن أي شخص سبق له المشاركة في عمليات المستشفى يعرف أن هناك مئات المقاييس التي يمكننا اختيارها. هناك أكثر من مائة سؤال تتعلق بتجربة المريض وحدها في مختلف الاستبيانات التي نقوم بتوزيعها. ولا يمكننا بوصفنا قياديين أن نطلب من المنظمة أن تركز على كل هذه الأسئلة، ولكن يجب علينا أن نحدد أهمها.

لذا فقد شكلنا فرق تحسين تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) لكل مجال، شاملاً أي مشاريع أو أنشطة تؤثر على هذا المجال بعينه. وقد تولى رئاسة كل فريق مدير مشروع لديه تمثيل واسع النطاق في جميع أنحاء المؤسسة. ومن الواضح جدًا أن الفريق يمثل المؤسسةِ، وإذا لم يراعِ الفريق النطاق ذا العلاقة بالمشروع فإنه لن يكون رسميًا ولن يمكن توفير الموارد له.

لقد أسس فريق تحسين الهدوء في الليل سياسة ساعدنا على استدامة الشفاء (HUSH) الذي يتكون من العناصر التالية:

١. إعلانات تذكر الناس بالهدوء تنشر على وحدات التمريض.

٢. إخطار المرضى والزوار في تمام الساعة الثامنة مساءً بحاجة المرضى للراحة.

٣. تعتيم الإضاءة في وحدات التمريض.

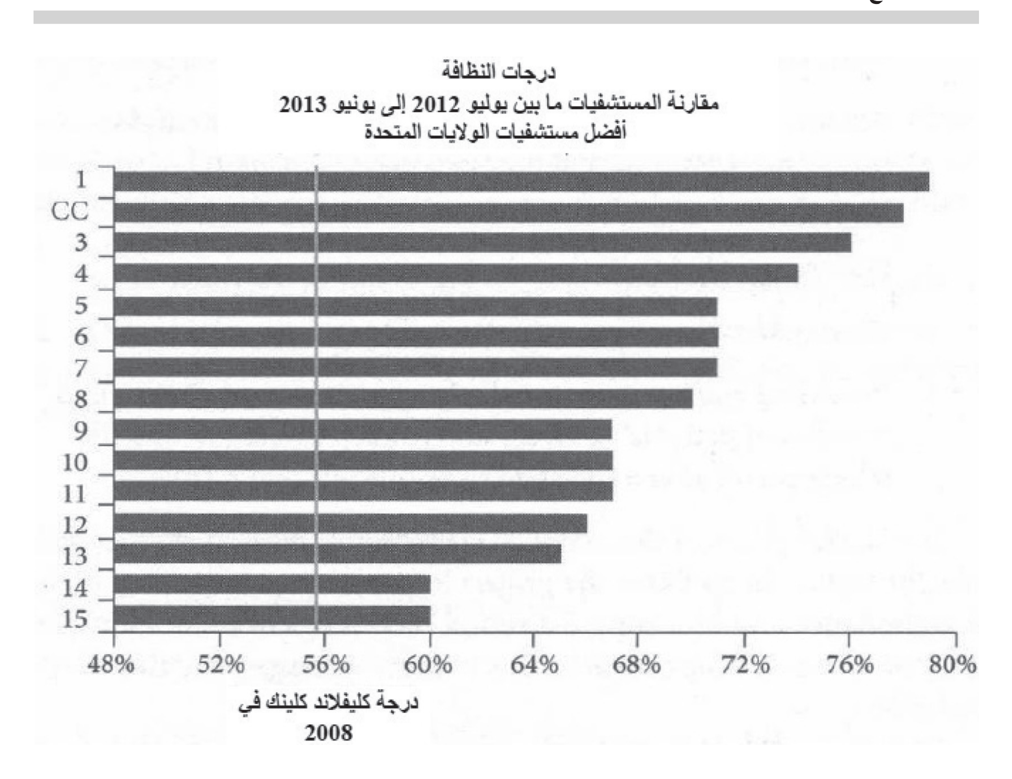
٤. إغلاق أبواب بعض غرف المرضى.

٥. توفـير مواد تعليمية تطلب من المرضى والـزوار أن يضعوا في اعتبارهم تعافي المرضى وإبقاء الأصوات منخفضة وإيقاف التلفزيون بعد وقت محدد.

كذلك فإن سياسـة ساعدنا في اسـتدامة الشـفاء (HUSH) حددت رؤساء فرق في كل وحدة تمريض تعمل على قيادة الأسـاليب. يضاف إلى ذلك، فقد قام رئيس المشروع بفحص كل طابق على حدة للتعرف على مدى الامتثال بالسياسة مستخدمًا التسجيل الصوتي. وبعد ذلك مباشرة تم تزويد مديري التمريض ورؤساء فرق ساعدنا في استدامة الشفاء (HUSH).

كما أسـهم تقسـيم نطاقات تقييم مسـتهلكي خدمات المستشـفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) في توزيع المسـؤولية في جميع مجالاتنا التشـغيلية. ومن الأمثلـة الجيدة عـلى ذلك النظافة: يمتلك فريـق الخدمات البيئية (EVS) وهو المسـؤول عن تنظيف المستشـفى النقاط المخصصة للنظافـة. يتم تدريب كل مقدم خدمة يعمل في الخدمات البيئية على كيف سـيؤثر عمله على نتائج تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمـي الرعاية الصحية وأنظمتهـا (HCAHPS) وعلى تجربة المريض. ويتم توزيع نتائج تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) لكل وحـدة بانتظام لمقدمي الخدمات البيئية (EVS). لقد تحسـنت درجات النظافة في عيادة كليفلاند بشـكل ملحوظ وتقدمنا على نظرائنا في منظمات صحية رئيسـية. كما هو مبين في الشكل (٣-٩).

لقد أصبحت الخدمات البيئية، التي يرأسـها القائد المبدع مايكل فيسنسكي كبير مديري الخدمات البيئة، تشـكل فريقًا نشـطًا ومشاركًا يتبنى شعارات ومسـابقات تنظم لمقدمي الرعايـة. حيث أنشـأ الفريق شـعار «دائمًا نظيـف» وبما أن نظام تأمين كبار السـن حظر اسـتخدام كلمة «دائمًا» من القاموس المسموح لنا قوله للمريض فلقد وضع فريق الخدمة البيئية شـعارًا آخر «هدفنا: النظافـة في جميع في الأوقات!» ومشـاركة القيادين في القيام بالجـولات اليومية، وعندما سـألت مقدم رعاية الخدمات البيئيـة المكلف بتنظيف وحدة التمريـض بالضبط ماذا كان دورها. أجابت: «مهمتي هي ضمان تجربة مريضة عظيمة من خلال مساعدة مرضانا» وهذا هو إشراك الموظفين!



شكل ٣-٩ تحسن درجات النظافة

أحيانًا لا تنجح الأمور:

ليست كل الأفكار جيدة، إذ نأمل أن نعرف ذلك قبل نشر وتطبيق تلك الأفكار في كامل المؤسسة قبل أن ندرك أن تلك التكتيكات ليس لها التأثير المطلوب. وللتأكد من أن برنامجك لــه قيمة مضافة ومهمة للغاية، وأن إيقاف برنامــج ليس له تأثير قد يكون صعبًا وضروريًا في بعض الأحيان.

لقــد ورثت برنامجًا يســمى مستكشــف الخدمة. حيــث تم تكليف ١٢ فــردًا من غير السريريين بالعمل في أجنحة تنويم خاصة. وكانوا يقومون بجولات على المرضى يوميًا للتأكد من حصولهم على كل شيء يحتاجون إليه. فعلى سبيل المثال، إذا قام المستكشف بجولة على المريض الذي اشــتكى من عدم رؤية الطبيب، فإن المستكشــف سوف يتصل بالطبيب. وإذا

كان المريض بحاجة إلى المساعدة في الاستعداد للذهاب إلى المنزل، فإن المستكشف سوف يتصل بالأخصائي الاجتماعي أو منسق الرعاية. وإذا كان المريض بحاجة إلى وسادة إضافية أو بطانية، فإن المستكشف سوف يحصل عليها. وإذا كان لدى المريض ألم، فسيجد الممرضة.

لم يكن مقدمو الرعاية هؤلاء مرخصين ولا يعتبرون ممارسين سريريين، ليتمكنوا من المشاركة فقط في أنشطة غير طبية بدائية لكنهم اهتموا بالكثير من التفاصيل الصغيرة وسدوا الفجوة بين مقدمي الخدمات الآخرين.

في البداية، كنا نعتقد أن هذه المساعدة الإضافية قد أثرت حقًّا على تجربة المريض. ولكننا بدأنا نلاحظ أن الطوابق التي يعمل فيها المستكشفون لم تؤدِّ أفضل من الطوابق التي لا يوجد بها مستكشفون. وقد بدأ البرنامج بعد ما بدا أنه تجريب ناجح جدًا على أحد طوابق التنويم. وخلال فترة التجريب، تم تقييم نقاط تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) قبل بدء البرنامج وبعد تشغيله. وقد تحسنت درجات رضا المرضى الداخليين بشكل ملحوظ. ويعزى هذا التحسن إلى برنامج المستكشف، لذلك تم اعتماده في معظم الوحدات في مستشفى الحرم الجامعي الرئيسي. وبعد ما قارب من العامين من التنفيذ الكامل، لم ندرك تحسنًا في درجات وحدات أخرى مماثلة. وقد اكتشفنا عند تقييمنا باعتناء للمستكشفين بأنهم ما زالوا يقومون بجولات على المرضى، ولكنهم تحولوا إلى مديري مشاريع زائفة وكانوا يقومون بمجموعة متنوعة من الأنشطة الأخرى للوحدات. وقد قام أحد المستكشفين بمرافقة المتطوعين الذين جلبوا الكلاب العلاجية. فالمتطوعون لا يحتاجون إلى مرافقين حيث بدوا وكأنهم مشغولون. وقد تم الاستيلاء على بعض المستكشفين من قبل الوحدات كمقدمي رعاية إضافيين لمساعدتهم في تقديم واجبات محددة. وعمومًا، فقد أمضى المستكشفون وقتًا أقل في المرور على المرضى ووقتًا أكثر لعمل أشياء لا تحسن أداء تجربة المريض بشكل مباشر.

وقد أجرينا تجربة متحكم بها لتقسيم الوحدة. فكان النصف الأول يحظى بمرور المستكشفين يوميًا على المريض، ويتم تتبع جميع قضايا المرضى. وفي النصف الثاني لا يوجد مستكشفون ويوجد مرضى بخط خدمة مماثل. سيكون أداء تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) هو المقياس النهائي. حيث

أجرينا الدراسة الاستطلاعية على مدى شهرين وراجعنا تقييم المرضى كل أسبوع وتتبعنا بعناية نتائج تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS).

وقد سدَّ المستكشف بالتأكيد مجموعة متنوعة من الثغرات في الخدمة. يحتاج المرضى إلى إجراء اتصالات متكررة مع مقدمي الخدمات، وكان لديهم احتياجات متنوعة للخدمة، كالحاجة إلى تتطلب حصولهم على بياضات نظيفة للأسرة. وقد طورت المستكشفة علاقات جيدة مع المرضى وعوائلهم. حيث كانت عضوًا موثوقًا في الفريق، وعمومًا فإنها تُعَدُّ شخصًا بإمكانه أن يفعل شيئًا. ومع ذلك، فإن درجات تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) لم تتغير. حيث لم تحدث المتابعة المكثفة من قبل المستكشفين فرقًا في كيفية تقييم المرضى لتجربتهم في المستشفى.

واحتاج البرنامج إلى إحالته للتقاعد. لقد كان تسريح اثني عشر شخصًا قرارًا صعبًا، ولكن القرار كان جيدًا بالنسبة للمنظمة. إن القيام برمي المنشفة عندما لا تنجح الأشياء أمرٌ صعبٌ. يميل المديرون والقادة إلى أن يكونوا مرتبطين عاطفيًا بـ «الأفكار الجيدة». وبمجرد أن تبدأ البرامج، يصعب عليهم التوقف عن العمل، بل يصعب عليهم التخلي عنها عندما يصاحبها تسريح العمال. لقد كان المستكشفون رائعين في الالتزام بالعمل الجماعي، مجتهدين، عاطفيين ويولون العناية. ويعتقد مدير كل وحدة بأن المستكشف كان عضوًا مقدرًا في الفريق وله دور لا يقدر بثمن في تقديم الرعاية. ولن أعارض أبدًا في هذا ولكن لم يمكن للمستكشفين تأثير واضح. وعندما أبلغت رؤساء الأقسام ومديري التمريض والقادة الفاعلين في المنظمة بتخفيض القوى البشرية فلم يكونوا سعداء بذلك، وقد أبدى بعضهم امتعاضه وكانوا مصدومين وغير مصدقين بأننا سنلغي هذه «الخدمة الحيوية» المقدمة للمرضى. وقد توقع الكثير بأن درجات تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) في الطوابق المتضررة سوف تنزل بشكل فوري وكبير. لقد أعرب البعض عن استيائهم لي بشكل مباشر، وتحدث آخرون خلف ظهري، وكان من الواضح أن المستكشفين قد فازوا بقلوب وعقول قادتهم، وقد كان استخراجهم من وحداتهم ليس بمهمة ممتعة. وقد حذرني الجميع من أن رعاية المرضى ستعاني في ظل

عدم وجود المستكشفين، والأهم من ذلك أن درجات تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) سوف تتقهقر. سأكون أقل مصداقية لو لم أقل بأنه لم يساورني قلق بأنهم قد يكونون محقين. حيث لم يؤيد قراري سوى مدير تمريض واحـد. وباسـترجاع ما مضى، فإن ذلك كان خارج نطاق الصداقـة حيث كان ذلك نابعًا من معتقداتها الفعلية وأن ذلك كان هو الشيء الصحيح الذي يجب القيام به.

ومن الصعب أن تمشي في غرفة بها ١٢ شـخصًا وتقول إنهم يفقدون وظائفهم. وفي يناير ٢٠١١، أوقفنا برنامج مستكشـف الخدمة. جلسـت ولمدة شـهرين على الدبابيس والإبر في انتظار أول مجموعة كاملة من أرقام تقييم مسـتهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) بدون برنامج المستكشـف. كنت بالتأكيد أشـعر بالضغط، ولكنني تمسـكت بسرعة بنتائج دراستنا. وقد تم التحقق من قرارنا حيث تتبعنا ولمدة ثلاثة أشهر كل طابق كان يعمل به في السابق مستكشف خلال، ولم يكن هناك تدهور في الدرجات. وفي الواقع، فقد زادت بعض الدرجات. كان برنامج خدمة المستكشـف مكلفًا وكان الجميع يعتقد أن له تأثيرًا كبيرًا على تجربة المريض، ولكن في الواقع لم يكن هناك أي ارتباط.

لقـد علمتني التجربة ثلاثـة دروس مهمة حول التطبيق العمـلي لتجربة المريض. أولًا، حافظ على موارد المشـاريع النادرة للمبادرات الإستراتيجية الكبرى. وقد اتخذ المستكشفون مجموعـة متنوعة من الأدوار الأخرى للمسـاعدة في تحسـين تجربة المـرضى في وحداتهم. وكثير من هذه المهام لم تكن جزءًا من رؤية المؤسسـة لتحسـين تجربة المرضى ولكن كانت الأنشـطة التي تعتبرها الوحدات المحلية مهمة، وكان المستكشـف موردًا. هذا يرتبط مرة أخرى بتحدي وصف الفيل الذي اسـتعرضته سـابقًا. ولكني لن أقول لشخص ما بأن فكرته أو فكرتها لتحسـين تجربة المريض كانت سيئة، كما أنني لن أنشر موارد المؤسسة المحدودة لتنفيذ مبادرة غير إستراتيجية. لقد استخدمنا بيانات تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمـي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) كمقياس واسـع للبرنامج، ولكننا لم ندمج مقياسًا عمليًّا لمراقبة فعالية المستكشفين.

أما الدرس الثاني المهم فهو أنه يجب دراسـة الممارسـات بعناية قبل طرحها على نطاق أوسع. وقد أظهرت الدراسة الاستطلاعية لبرنامج مستكشف الخدمة نتائج واعدة جدًّا؛ ومع ذلك، عندما أعيد تقييمها في ظل ظروف أكثر صرامة، فلم يعمل البرنامج كما كنا نعتقد.

ثالثًــا، في حين لم تثبــت البيانات ذلك، أثبتت التجربة لي معنــى تجربة المريض. فيجب أن تعمل العمليات والعمليات بفاعلية. قد يرغب المرضى في وجود شــخص ما حولهم لملء الفراغ لديهم ومســاعدتهم في قضاء حاجاتهم البســيطة. ولكن المستكشــف لم يكن بديلاً مقبولاً لتقديم الخدمة بفعالية. وقد أصبحوا بالضرورة عكازًا لدعم عملية ســيئة أو فاشلة. قد يقدّر المرضى للمستكشف قيامه بالاتصال على الطبيب الذي لم يقم بجولة على المرضى، ولكــن هــذا لا يمنعهم من إعطاء الطبيــب درجة غير مقبولة في تقييم مســتهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) لعدم التواصل. وبالمثل، إذا كانت الغرفة متسخة واستدعى المستكشف موظفي خدمات البيئية (EVS) لتنظيف الغرفة فورًا. فلا يعني أن يكون ذلك بديلًا لنظافة الغرفة في المقام الأول. كان المرضى يســتخدمون المسح بشــكل صحيح لتقييم تجاربهم المتصورة بناءً على ما حدث قبل تدخل المستكشف. وفي جوهر الموضوع، أوكل إلى المستكشف التعامل مع العمليات التي كان ينبغي أن تعمل بشكل مناسب لتبدأ.

هناك العديد من الأساليب التي تؤثر على تجربة المريض. وينبغي أن يكون كل أسلوب هو أفضل الممارســات، وأن يكون سهل الفهم، وأن يكون له مقاييس عملية واضحة تسمح للمديرين بمراقبة التبني والاســتخدام، وأن يكون لها تأثير مستدام على نتيجة معينة. ومن المهــم أيضًا أن ندرك كــما يقول المثل (إن الطريق إلى غلي المحيــط يبدأ بكوب واحد). فلا يمكن تنفيذ جميع البرامج الجديدة فورًا على نطاق المؤسسة. وليس هذا فقط هو التحدي الــذي يعمل في المنظمات الكبيرة، بل إن تكلفة الفشــل يمكــن أن تكون غير عادية. لذا فلا بــد من اختبار الشيء على نطاق ضيــق أولًا فإذا نجحنا فعلينا تحديد ما إذا كان يمكن نقل النجاح إلى بقية المنظمة، ومن ثم تحديد كيفية توسيع نطاق هذا النجاح.

إن العثــور على شركاء في البداية أمرٌ بالغ الأهمية. ولا يعني كونك مســؤولًا عن تجربة المريض أن تقوم بأمر الناس على تنفيذ شيء ما. فلولا مساعدة والشراكة المبكرة مع هانكوك لما نجحت تجربة المريض في عيادة كليفلاند. فلم تكن مســؤولة عن جميع أعمال التمريض بعد ذلك، لكنها كانت تحظى باحترام هائل وتعرف عمليات التمريض أفضل من أي شخص آخر ممن أعرف.

والتحسين ليس دائمًا مجرد تغيير هيكلي كبير؛ وفي كثير من الأحيان، تولي الأشياء الصغيرة اهتمامًا. لقد علمتنا الدراسة الاستكشافية التي أجريناها مع واحدة من أسوأ الوحدات أداءً أن جدولة المناظير والاتصالات الأساسية لمقدم الرعاية لها تأثير كبير على تجربة المريض. من الأهمية بمكان دراسة تأثير العمليات اليومية.

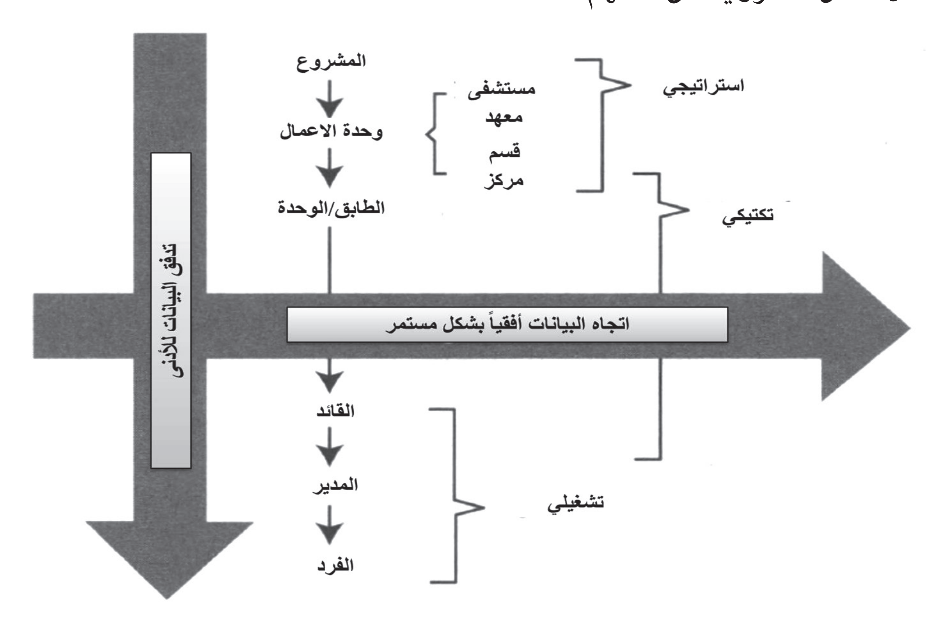
التنفيذ الفعال يتطلب القياس:

إن الأساليب وحدها ليست كافية لإجبار مؤسسة مثل عيادة كليفلاند على تبني أهمية تحقيــق تجربة مريض كبــيرة وعظيمة ومتســقة. فنحن منظمة رعايــة صحية قائمة على البيانات. إذا كان هناك شيء ذو أولوية إســتراتيجية، فنحتاج إلى المقاييس لدعمه والحفاظ عليــه. ففي البداية كان عدد قليل منا يولي بياناتنا حول تجربة المريض بعضًا من الاهتمام. يتطلب التنفيذ الجيد أن ننشر بيانات تجربة المريض التي جمعناها على جميع مســتويات الإدارة.

فلدينا الكثير من البيانات على طول سلســلة الرعايــة، التي كان علينا أن نتأكد من أنها كانت تســير رأسيًّا إلى أسفل من خلال الإدارة (الشكل ٤-٩). إن البيانات اللازمة للتأثير على اتخاذ القرارات الإســتراتيجية، ودعم تنفيذ أفضل الممارســات العمليــة، وتتلمس الأفراد في الخطــوط الأمامية الذين كانوا يطبقون التغيير. لقد أصبحت البيانات الإســتراتيجية الهدف العــام للمــشروع الذي يتعين على جميع كبــار القادة فهمه ومتابعتــه. وفي نهاية المطاف، ســيخضعون للمساءلة عن أدائهم. لذا فإن دعم أفضل الممارسات مثل قيام الممرضة بجولة على المرضى كل ساعة يعدُّ من البيانات العملية. وتُــنْشَرُ هذه المعلومات عبر الوحدات في جميع أنحاء المؤسسة للمديرين وذلك لكي يتابعوا ويشاركوا مع الممرضات العاملات في خط المواجهة. إن توزيع درجات الاتصال بانتظام على الأطباء مثال على تبادل البيانات التشغيلية حيث يُستَخْدَمُ لتحسين الأداء الفردي.

هكذا تتطلب قيادة تحســين الأداء التحويلي في تجربة المريض أن تضع المنظمة أولوية إســتراتيجية، وتحدد الأهداف، وتوفر المقاييس والبيانات لكل مدير ذلك لأنهم مســؤولون عن قيادة تحســين تجربة المرضى ويحتاج المديرون إلى فهــم كيفية يرتبط دورهم بالهدف

التنظيمي. إن ســوق البيانات لكل مدير يضمن أن يكون لدينا معيار للاعتراف ومن خلاله نحمل الناس المسؤولية عن عملهم.



شكل (٤-٩) قيادة البيانات إلى المستويات التنظيمية الأدنى

وبالنظر إلى أن الموارد اللازمة لتنفيذ التكتيكات الجديدة ستستمر في التقلص، يجب أن نكون أكثر ذكاء بشأن نهجنا إزاء المشاكل. تقوم عيادة كليفلاند بتخطيط تدفق المرضى على مستوى عال من خلال نظامنا لفهم أفضل حول استهداف التحسينات بغرض تحقيق أقصى قــدر من التأثير. ويجب علينا اختيار المشــاريع التي تؤثر عــلى مجالات متعددة ومقاييس الأداء. فعلى ســبيل المثال، استخدمنا نتائج تقييم مســتهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) كأهداف للتحسين، وفي حين أن العديد من البرامج التــي قمنا بتنفيذها لها تأثير خارج بيئة المرضى المنومين. فإن تحســين تواصل الطبيب على نطاق واســع يؤثر على التواصل مع المرضى المنومين ومــرضى العيادات الخارجية، فضلاً عن التنســيق مع الممرضات وغيرهم من مقدمي الرعايــة. وإذا كنا قد بالغنا في تعقُّب مقياسٍ واحدٍ، فسوف نفقد القدرة على إحداث التحول في الرعاية على نطاق أوسع.

وباختصار:

إن الحديث عن تحســين تجربة المريض يُعَدُّ مهمًا، ولكن النجاح سيتم تعريفه في نهاية المطاف بناءً على القدرة على التنفيذ. وفي الواقع فإن عمل شيء ما، وإظهار التحسن في قياس نتائج محددة سوف يثبت أن مبادرة تجربة المريض أكثر من مجرد حملة تسويقية.

يتطلب النجاح التشغيلي بناء ائتلاف مع أصحاب المصلحة الحرجة. حيث تلامس تجربة المريض كل شيء في المنظمة. وتذكر أن هدفنا هو المواءمة التنظيمية حول المريض (العميل). ويتطلــب التنفيذ الناجح دعمًا من القادة في جميع أنحاء المنظمة، وقدرتك على بناء فريق قوي من أصحاب المصلحة الراغبين في المســاعدة على تحســين تنفيــذ العمليات الجديدة، والحصول على دعم واسع للمبادرات الجديدة، ولكن استخدم قربك من الرئيس ودع القادة يلزمون بالعمل عند الضرورة.

أصلح الخلل في عمليات المستشــفى الأساسية أولًا. يُعَدُّ إنشاء عمليات جديدة أو تنفيذ أســاليب جديدة كعمليــات التفافية للنظام المعطوب هدرًا ولا يصلح المشــكلة. ونميل إلى افتراض أن كل شيء يعمل فعلياً بشكل جيد وأن الطريقة الوحيدة للتحسين هي تنفيذ شيء جديد. وهذا ليس هو الحال.

ســواءٌ تكون نظامك من مستشــفى واحد أو مائة مستشفى، ابدأ بالمشاريع التي تخلق نجاحًا مبكرًا وتجاهل الضغط على «تأســيس» شيء على الفور. ولا يوجد أي مكتب لشركة أبحــاث وتطويــر في العالم لا يقــوم بالتجربة قبل أن يخرج شيء جديد للســوق. هذا ليس مختلفًا. فكر في شيء ما ســوف يعمل على نطاق صغــير وقم بقياس فعاليته بتحديد ما إذا كان قد أسهم في تحسين منتج. ثم انظر ما إذا كان يمكن الحفاظ على العملية لفترة محددة من الزمن، فلنقل مثلًا ثلاثة أشهر، ثم حدد كيف يمكن توسيع نطاقه.

حدد أفضل الممارسات. لا تضيع الوقت والمال على برامج أو تكتيكات حتى تتحقق من أفضل الممارســات التي ثبت صلاحيتها للعمل في بيئة مستشــفيات أخرى. كل شخص لديه تعريفه الخاص لتجربة المريض وأفكاره الخاصة حول كيفية تحسينها. ولا تدع ذلك يقف في طريق استخدامك للطرق التي تعرف أنها تعمل وتعمل بشكل جيد، مثل جولات الممرضات كل ساعة. هذه هي أفضل الممارسات التي ينبغي أن تكلف بها كل مستشفى في العالم.

تعلم من الآخرين. منظمات كبـيرة ناجحة مثل عيادة كليفلاند لديها ميل للاعتقاد بأن الأفـكار الجيدة الوحيدة تأتي من الداخل. خطأ! رئيـسي التنفيذي يقول: «نحن بحاجة إلى التوقف عن تنفس أبخرة العادم الخاصة بنا» لقد تعلمنا قدرًا كبيرًا من المستشفيات الأصغر منا بكثير ومن الأعمال في صناعات مختلفة تمامًا. انظر حولك فهناك أفكار جيدة هناك.

لتكن لديك الجرأة على تجسـيد أفكار جيدة لا تقاس. ومن الصعب إغلاق برنامج ذلك لأن القـادة والمديرين عادة ما يكونون مرتبطين عاطفيًّـا بـ«طفلهم» (البرنامج) فقد يفقد الموظفـون وظائفهم، كما أن إغـلاق شيء ما أحيانًا يكون أصعب مـن بنائه، كما أن بعض المؤيدين المتحمسـين سـيتعاملون أيضًا مع البيانات لإثبات نجاحهم عندما لا يكون هناك شيء سـوى الفشل، كن موضوعيًا وحاسمًا في تقييمك لبرنامجك، وكن ثابتًا في حاجتك لإنهاء الشيء عندما يكون واضحًا أنه ليس فعالًا.

الفصل العاشر
الرعاية الصحية تتطلب تميز الخدمة

الفصل العاشر

الرعاية الصحية تتطلب تميز الخدمة

كم عدد المرات التي وقفت فيها أمام شـباك خدمة تجارة تجزئة أو ترددت على مطعم وبـدا لك أن الجميع يتجاهلك؟ كنـت مؤخرًا عند نقطة المحاسـبة في أحد المتاجر الكبرى للمنتجات الاسـتهلاكية الإلكترونية. تقريبًا سألني كل موظف مررت به وأنا أتفقد المنتجات فيما إذا كنت أحتاج أي شيء. وعندما وصلت إلى المحاسـب، كانت الشابة التي تجلس وراء جهاز المحاسـبة تكتب على هاتفها الذكي، وأنا أقف أمامها مباشرة ومعي مشـترياتي. انتهت مـن الكتابة، ووضعـت الهاتف وتواصلت معـي دون أنْ تعيرَني انتباهًـا أو حتى تنظر في وجهي. وبينما كانت تحاسبني، وصل موظف آخر إلى العمل وكان يسير من ورائي، فصاحت له: «يا رون! أين كنت؟ ما الأمر؟». أخيرًا نظرت لي وسألت ما إذا كنت أودُّ أن أدفع نقدًا أو باستخدام بطاقة الائتمان.

من الأهمية بمـكان أن يعترف الجميع في منظمتنا، ويحاولوا عند الحاجة أن يسـاعدوا عملاءنا. هذه التفاعلات تخلق انطباعًا أوليًّا مهمًّا، وانطباعات إيجابية لاحقة تنقل اهتمامنا بالعميل. لقد ذكرت سابقًا أنك لا تحتاج إلى أن تكون طبيبًا محترفًا لتكون مقدم رعاية. ولا أن تكون طبيبًا محترفًا لكي تكون لطيفًا مع المرضى أو تسـاعدهم في العثور على وجهتهم في المستشفى. إن الحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية مرهقة بما فيه الكفاية دون أن يتضاعف ذلك التوتر بسبب التفاعل السيئ مع موظفينا أو مع منظمتنا.

مثل العديد من المراكز الطبية الكبرى ومجمعات المستشـفيات الكبيرة، يمكن أن يكون التنقـل بين ردهات عيـادة كليفلاند صعبًا. في عام ٢٠٠٨م، وبعـد وقت قصير من افتتاحنا أحدث إضافة إلى المستشفى الرئيسي لدينا المسمى جناح عائلة سيديل وأرنولد ميلر، أنشأنا برنامجًا يسـمى المعاطف الحمراء. هؤلاء الرجال والنسـاء لديهم ميل قوي لخدمة العملاء ويتمركزون في جميع أنحاء مبنى المستشـفى الرئيسي ببسـاطة لمساعدة الناس على التنقل. فـإذا كنت ضائعًا أو لديك أسـئلة حول إيجاد شيء، فذوو المعاطف الحمراء باسـتطاعتهم

مســاعدتك. وقد حظي البرنامج بشـعبية كبيرة بين المرضى وبين موظفينــا، وكثيراً ما تلقينا تعليقــات حول كيف أقام ذوو المعاطــف الحمراء علاقات دائمة مع بعض مرضانا. مما عزز إلى حد كبير تقصي الطريق في منظمتنا.

وقد كان وجود مجموعة من المستقبلين المدربين بشكل خاص فعالاَ، ولكن أحد أهدافنا هو أن يقوم كل مقدم رعاية بتحية ومســاعدة كل مريض ومرافقيه من الأهل أو الأصدقاء أينــما كانــوا في مرافقنا. يمكنك أن تمركز الكثير من ذوي المعاطــف الحمراء في جميع أنحاء مبنى المستشفى، ولذلك فنحن بحاجة إلى مواءمة بين الجميع للمساعدة. وكل مقدم رعاية لديه الفرصة لخلق انطباع إيجابي ودائم للمرضى.

التميز في الخدمة ليس مجرد تبسم:

أكره عندما يقول الناس أنه يجب أن تكون المستشــفيات مثل الفنادق. فالمستشــفيات ليست بفنادق. فلم أقم قط في فندق يدخل الناس فيه إلى غرفتك في الساعة الثالثة صباحًا ويفعلون أشياء تؤذيك، مثل سحب عينة من دمك. وعمومًا فإني أيضًا أقيم في فنادق عندما أكون ســعيدًا، كأن أكون في إجازة. والناس عمومًا ليسوا ســعداء بأن يكونوا في المستشفى. ولا يمكننا ببساطة كذلك إضافة المزيد من وسائل الراحة لجعل المرضى سعداء عندما تعمل أشــياء لا يحبونها. ولكن كما أشــار ميكا سولومون، وهو استشــاري تجربة مريض، إلى أنه يجب أن تكون الرعاية الصحية «شفاء مع الضيافة»[1]. ويقول سولومون إن صناعة الرعاية الصحيــة لها «طبيعــة منفصلة، مما يعزز الوضع الراهن ... وبعبارة أخرى، فإن مؤسســات ومقدمي الرعاية الصحية يقارنون أنفسهم بعضهم مع بعض، مما يجعل التعلم من الآخرين أكثر صعوبة. ولا يوجد ســبب يجعلنا لا نتعلم مــن الصناعات الأخرى مثل صناعة الفندقة لتحسين ما نقوم به.

فأنا أســتمتع في الإقامة في فنادق الريتز كارلتون، فهــم يغالون في التكلفة ولكني أحب الطريقة التي يبتســم بها الموظفون وهم يرحبون بنا عندما نمر بهم في ردهات الفندق. إذا كنت واقفًا بمفردي وأبدو ضائعًا فإن شخصًا ما دائمًا يتوقف ويسألني ما إذا كنت بحاجة إلى المســاعدة. ومثل معظم الذكور فإني أفضل عدم الاعتراف بأني ضائع أو بحاجة إلى مساعدة،

قد يبدو ذلك مزعجًا، ولكني ما زلت أجد لمسة لطيفة. ولم أفقد أبدًا في فندق ريتز كارلتون، ولم أسأل قط عن مكان دورة المياه ولم أطلب أي شيء لأنني لست ملياردير؛ فإن هذا النوع من الخدمة والاهتمام يعد باردًا.

يتميز فندق الريتز كارلتون وغيره من المنظمات الخدمية العظيمة الأخرى باعتراف كل موظف ومساعدته للعملاء. وهذا ما يسمى بالتميز في الخدمة. والذي يصعب تعريفه، ولكن قد يكون الخط الافتتاحي الصحفي بداية جيدة جدًا والذي كتبه الراحل روبرت جونستون، أستاذ إدارة العمليات في كلية وارويك للأعمال في المملكة المتحدة «التميز في الخدمة لحوح وصعب المنال على حد سواء، ونحن نعرف متى حصلنا عليه، (وبشكل متكرر) نعرف متى لم نحصل عليه».[٢]

أما بالنسبة للرعاية الصحية، فإن هذا التعريف للتميز في الخدمة يتلاءم بشكل أفضل مع تفكيرنا «قدرة مقدم الخدمة على تلبية توقعات المرضى وإدارتها باستمرار». ويجب أن يكون التميز السريري الأولوية الأولى في أي نظام للرعاية الصحية، إلا أن أفضل نظم الرعاية الصحية هي التي تجمع بين مهنية (سريرية) خدمة التميز مع الخدمة الشخصية المتميزة».[٣]

فعيادة كليفلاند لديها التميز السريري. ويجب علينا الآن بناء التميز في الخدمة والحفاظ عليه. إن برامج تميز الخدمة الناجحة لا تتطلب تقديم الخدمة وفقًا للعبارات أو السلوكيات المخطط لها في كل نقطة اتصال بالعملاء. إنما يطلب من كل شخص في المنظمة العمل ضمن إطار لفهم وتقديم مجموعة أساسية من المعايير السلوكية بصفة مستمرة في كل نقطة اتصال. وعلى سبيل المثال، نحن لسنا بحاجة إلى أن يقوم كل شخص في المنظمة بسؤال المرضى أو ذويهم إذا كانوا تائهين ومن ثم أن يعرض عليهم مساعدتهم في الذهاب إلى وجهتهم. ولكننا نحتاج إلى تعليم مقدم الخدمة الانتباه لكيفية يتصرف مرضانا وذويهم إذا كانوا على سبيل المثال تائهين، عندئذ لابد لمقدم الخدمة عرض المساعدة حيث يعتبر ذلك ضمن الإطار المطلوب. نحن لا نريد إلزام الجميع أن يتجول وهو مبتسم ويقول مرحبًا لجميع مرضانا. ولكننا نريد من مقدمي الرعاية لدينا أن يولوا الناس اهتمامًا عندما يمرون في ردهات المستشفى. عرفني صديق لي مفهوم «دماغ السحلية» وذلك عند انعكاس السلوك والأفعال الغريزي والذي ينبغي أن يكون عليه تميز الخدمة.

إن وجود إستراتيجية لتميز الخدمة أمر ضروري لتلبية توقعات المرضى. حيث يأتي المرضى إلى المستشــفى وهم متضجرون خائفون، ويتوقعون أننا سوف نكون معهم وسوف نعتني بهم. عندما يســمح فشل الخدمة للمريض بتشكيل الانطباع بأننا لا نهتم أو أنه ليس لدينا رحمــة، فإن ذلك يعني بأننا فشــلنا في تقديم خدمة ترقى للمعيــار الذي يتوقعه المريض. فالتفاعل يحتمل أن يحدد شخصيتنا وأن ما قدمناه كخبرة لم يكن ليلبي التوقعات.

وفي يوم من الأيام التي يقوم فيها القياديون بجولاتهم. دخل كوســغروف واثنان آخران من أعضاء فريقنا التنفيذي إلى غرفة أحد المرضى وسألوه كيف يسير كل شيء. وكانت جميع ردود المرضى على أسئلة كوسغروف حول الرعاية إيجابية. وقد كانت رئيسة الممرضات لدينا والتي هي عضو في الفريق تعتقد بأن هنالك ما يعيق المريض عن التحدث وسألته إذا كان إذا كان شيء يزعجه. فنظر المريض إلى كوســغروف وقال: «هل تعلم يا دكتور كوســغروف بأني من قدامى المحاربين في فيتنام، وأنا أموت من السرطان، هل كنت تعتقد أن شــخصًا في ظروفي ســوف يتم التعامل معه باحترام أكثر من أن يُنادى بـ«أشــعة الشمس»: وبالمناسبة يا دكتور كوســغروف فإذا لم تلاحظ بأني أســود البشرة، وبالنسبة لي فإن من يدعوني بأشعة الشمس فهو يمارس طقوسًا عنصرية».

وغني عن القول بأن كوســغروف صدم لما سمع فقدم اعتذاره على الفور. وبوصفه أحد الزمــلاء من المحاربين القدامى في فيتنام، كان لدى كوســغروف تعاطفٌ مباشرٌ مع المريض وحاجته إلى الاحترام. وكان هذا المريض يتوقع أن يشار إليه باسمه أو بـ «سيدي». فهل هذا السؤال كثير؟ ومن الواضح أن تجربته كانت مختلفة تمامًا.

وعندما ناقشــنا الحالة مع أخصائيــة العلاج الطبيعي المخالفة واســتعرضنا أداءها مع مشرفهــا وجدنا أن الموظفة في الواقع كانت اســتثنائية. حيــث وصفتها إحدى الممرضات بـ «الفقاعية». شــخص ما ترغب بأن يعتني بعائلتك. حيث اكتشفنا أن كلمة الشمس المشرقة كانت مجرد لازمة كلامية لديها وأنها تســتخدمها بشكل متكرر. لم يكن هناك أي نية سيئة مــن جانــب الموظفة، ولكن الشيء الذي أنشــأه هذا التفاعل هو عــدم التطابق المثالي بين التوقع والتجربة. وقد أراد المريض شــيئًا ما وتلقى شيئًا آخر فإن ذلك يجعله مستاءً. وهذا يوضح أن العناية قد تســير بشكل ممتاز، ولكن قد يؤدي ضعف التواصل إلى شعور المَرْضى بعدم الارتياح وعدم احترامهم من قبل منظمتنا.

وقد يستنتج بعض من يقرأ ذلك أن المريض يحملنا المسؤولية عن كلمة «الشمس المشرقة» التي تعتبر قاصرة، وأنه لا ينبغي الحكم على المستشفيات والمنظمات الأخرى بناءَ على هذه المعاملات. فأنا لا أعارض، وبالتأكيد فإن تقديم رعاية عالية الجودة هو أكثر أهمية من تذكر كيفية الإشارة إلى شخص ما. ومع ذلك، إذا قبلنا أن حالة المريض النفسية تعد مهمة لحالته الصحية العامة، فلا بد لنا من الاهتمام بالأمور الصغيرة يجب أن نشعر بالقلق إزاء الأشياء الصغيرة. يجب علينا القضاء على الأشياء التي يمكن أن تسبب عدم الارتياح أو الضجر للمريض في بيئة مضطربة بالفعل. ولا ينبغي لنا أن نحكم على ما هو صحيح أو غير صحيح بالنسبة للمريض. هذا المريض يريد أن يعامل بكرامة، ليس فقط لأنه خدم بلدنا، ولكن الأهم، لأنه توقع منا أن تكون لدينا حساسية ثقافية تجاه المجموعة العرقية التي ينتمي إليها. هذا هو أقل ما يمكننا القيام به لرجل متميز (محارب سابق) ورفاقه في الإنسانية الذين يموتون بسبب السرطان.

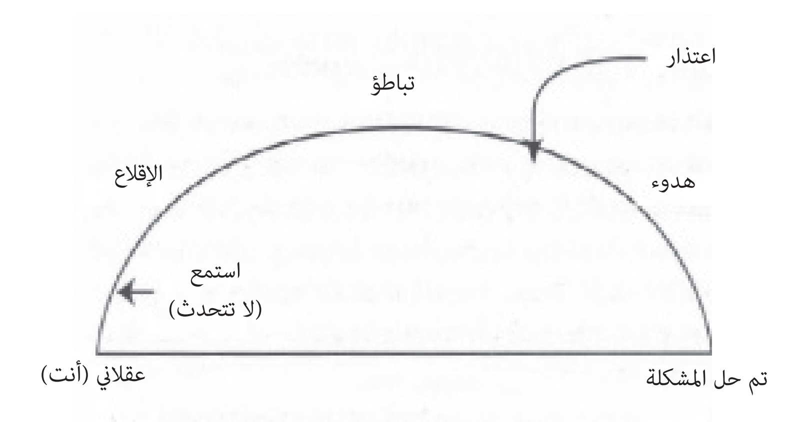
إن الكلمات أو الأفعال التي هي غير مقصودة ولكنها غير مبالية بحالة المريض قد تؤدي إلى استياء الناس. عندما أكون جدًا غير رسمي مع المرضى فإنهم يدعونني بـ «جيم» بدلاً من الدكتور ميرلينو، وأنا لا أريدهم أن ينادوني باسم بعض الحيوانات الأليفة. كما أني أرى مناداتي بـ «حبيبي» أو «عسل» أمرًا مثيراً للاشمئزاز. ونحن بالتأكيد لا يمكننا التنبؤ بكيف يرغب الناس في الإشارة لهم، كما لا يمكننا أن نقرأ عقول الناس لفهم ما إذا كانت كلمات معينة قد تهيجهم. ولكننا لسنا بحاجة إلى القيام بذلك، لأننا نستطيع تدريب الناس على توظيف إطار عمل من شأنه تجنب مثل هذه المؤثرات. فإذا كنا لا نعرف اسم المريض أو ما يرغب في أن نطلق عليه. ومن أنسب ما يطلق على الشخص هو "سيدي" أو "سيدتي". إن استخدام التحايا العامة المناسبة سوف يضمن بأن لا نحصل على هذا الاستثناء البسيط بشكل خاطئ. إذا كنا نعرف اسم المريض أو اللقب المفضل لديه فإن هذا يجب أن يكون معيارنا. كما أنه ليس من الخطأ والسهل جدًّا أن نسأل المريض ببساطة، "كيف تريد مني أن أخاطبك؟" إن التفاعل بين المحارب القديم الأسود الذي يحتضر وبين أخصائية العلاج الطبيعي العاملة لدينا يوضح كيف يمكن لبرنامج التميز في الخدمة والمعايير السلوكية أن يساعدنا.

إن تعافي الخدمة، أو كيفية تقديم الاعتذار وعمل التعديلات، هي أيضًا مكون أساسي لإستراتيجية التميز في الخدمة. فالاعتراف عند ارتكاب الأخطاء، والاعتذار عن حدوثها، والقيام بشيء لجعل الأمر أفضل أمر بالغ الأهمية لخدمة العملاء بشكل جيد. ففي صناعة الضيافة، تتمثل نماذج استعادة الخدمة في تلقي اعتذار وصحن مقبلات حال وجود شعرة في الحساء أو تقديم دور من المشروبات على الجالسين مقابل انتظارهم لوقت طويل للحصول على طاولة. ومع ذلك وفي الواقع فإن نظرية وميكانيكية استعادة الخدمات هي أكثر تعقيدًا بكثير. وفي الرعاية الصحية، لا يمكننا تقديم «رشوة الخدمة» لجعل الناس أفضل. إن ملجأنا الوحيد هو محاولة تصحيح المشكلة وجعل الناس يشعرون أننا نهتم من خلال فعلنا لذلك. وليس الأمر فقط مجرد قول إني آسف.

فعندما نواجه فشل الخدمة ينتابنا الغضب. وتتناسب درجة الغضب مع الحدث. سنكون أكثر غضبًا عندما نجلس في المطار في انتظار رحلتنا ثم تُلْغَى فجأة وسنكون أقل غضبًا عندما نطلب نوعًا محددًا من القهوة ونكتشف أن النادل أعطانا الطلب الخاطئ. وفي كلتا الحالتين، مررنا بحالة من الاستياء. هذا الاستياء أو الغضب يرتفع فجأة، ومع مرور الوقت تنخفض حدته. إنه يصل إلى قمة ارتفاعه ويستمر لفترة ثم يهدأ في نهاية المطاف. هذا لا يعني أن ننسى هذا الحدث وندع الماضي للماضي، ولكن عمومًا فإن غضبنا المتزايد لا يدوم. وتشير الدلائل إلى أنه إذا اعتذرنا حالما يزداد الاستياء أو يكون في أعلى نقاطه، والتي تكون عادة مباشرة بعد وقوع الحدث، فإن هناك ميلًا إلى رفضه؛ لأن الشخص الذي يقدمه يعطي الانطباع بعدم الاستماع حقًّا. ومع ذلك، إذا كنا نفعل شيئًا للاعتراف بالخطأ وإظهار التعاطف والاعتذار فإنه يعتقد أن استعادة الخدمة تكون أكثر فاعلية وذات مغزى وتميل إلى أن تكون مقبولة من قبل العميل إذا ما كانت صادقة. ويشار إلى ذلك على أنه منحنى الغضب – العدوانية الشكل (١-١٠).[٤]

إن وجود إستراتيجية قوية لاستعادة الخدمة ليست فقط الشيء الصحيح الذي يجب القيام به. بل إنه يساعد أيضًا على حماية العلامة التجارية. يقترح بيج هول، الرئيس التنفيذي لشركة أبوت فيس، أنه عندما تحدث إخفاقات في الخدمة، وإذا تم استعادتها بشكل مناسب، فإن العملاء يبدون مستوى أعلى من الرضا عن المنظمة[٥]. إن العنصر

الحاســم لاســتعادة الخدمات ليس مجرد الاعتذار، ولكن اتخاذ الإجراءات المناسبة لإصلاح المشكلة.



شكل (١-١٠) منحنى الغضب والعدوانية (أخذ بتصرف من Timm)

وهذا أمر مهم بشــكل خــاص في الرعاية الصحية، لأن أي شــكوى للمرضى تنطوي على الرعاية الطبية تعرف على أنها تظلم من قبل برنامج التأمين الطبي لكبار السن (Medicare) وقد تؤثر على اعتماد خدمات برنامج التأمين الطبي لكبار السن (Medicare) في المستشفى. لذا فيجب تســجيل هذه الشــكاوى وإتاحتها للتدقيق من قبل برنامج التأمين الطبي لكبار السن (Medicare). ومع ذلك، هناك تحذير: إذا عُولِجت المشكلة على الفور، فإنه لا يحتاج إلى تسجيلها كتظلم.

على ســبيل المثال، إذا كان الخط الوريدي للمريض (IV) يســبب الألم، فإن على المريض إبلاغ الممرضة التي بدورها ستعتني بالمشكلة، فهذا ليس تظلماً. ومع ذلك، إذا كان المريض يشــكو، ويتم تجاهل المشــكلة، ويتطلب ذلك مشــاركة المشرف لمعالجة المشكلة فهذا هو التظلم. وتعدُّ سياســة تأمين كبار السن أمرًا عاديًّا. وهي فرصة غير محدودة تقريباً للأخطاء والشكاوى في المستشفى. إن إعطاء الناس الذين يعملون في خط المواجهة مع المرضى الفرصة لمعالجتها على الفور والاعتذار هو الحس السليم. وتركز سياسة برنامج التأمين الطبي لكبار الســن (Medicare) على رصد المشــكلات الصارخة حقًّا وتلك التــي لا يتم تناولها. وهناك استثناءات قليلة، حيث قد تقع الشكوى ضمن فئات محددة مثل إساءة المعاملة أو الإهمال

أو الاحتيال. ولكن بشكل عام، فإن توفير الاعتراف الفوري وحل شكوى المريض يلغي الحاجة إلى الإبلاغ عن الشكاوى. ولذلك فإن وجود إستراتيجية جيدة لاستعادة الخدمة وتدريب كل مقدم رعاية كيفية تطبيقها يُعَدُّ أمرًا جيدًا للمرضى ولذوي الأعمال.

التواصل باستخدام نموذج هارت (H.E.A.R.T):

إن ثقافة الخدمة الأسطورية التي توجد في منظمات مثل شركة فندق ريتز كارلتون وشركة والت ديزني هو نتاج نوايا إستراتيجية وأساليب شاملة، بما في ذلك برنامج للتدريب والتطوير الذي يطلب من جميع الموظفين حضوره بانتظام. نعلم أن عيادة كليفلاند بحاجة إلى إستراتيجية التميز في الخدمة والأساليب، وبرنامج التدريب، ولكن واجهنا العديد من التحديات والمتطلبات. أولًا، أردنا برنامجًا مخصصًا لبيئة الرعاية الصحية وللعاملين في مجال الرعاية الصحية لاستيعاب الفروق الدقيقة في أن عميل الرعاية الصحية ليس دائمًا على حق. وثانيًا، كانت هناك جهود متقطعة لتنفيذ إستراتيجيات مماثلة في الماضي فشلت بسبب عدم وجود برنامج للحفاظ عليها، ونريد تدارك هذا. ثالثًا، أردنا برنامج «وضعناه لنا، ولأجلنا» لاستيعاب ثقافتنا. وأخيرًا، الالتزام بأساليب تدعم النهج المتين لاستعادة الخدمات وتجنب تصعيد الشكاوى إلى مظالم.

وكجزء من الجهود المبذولة لخلق تجربة عيادة كليفلاند، ناقشت مجموعة الاهتمام المشترك الخاصة بالموظفين أفضل الممارسات السلوكية في التعامل مع مرضانا. ونظرت مجموعة الاهتمام المشترك في السلوكيات والأفعال التي يجب أن نستخدمها مع بعضنا البعض. وقد عكست الصيغة الناتجة عناصر مهمة من تميز خدمة:

١. قدم نفسك ودورك عند مقابلة شخص ما.

٢. استخدم قاعدة ١٠/٤: عند ارتفاع ١٠ أقدام، اعتمد على التواصل بالعين وابتسم. وفي ٤ أقدام، حافظ على اتصال العين وقدم التحية بحرارة.

٣. استخدم كلمات مثل سيدي أو سيدتي إذا كنت لا تعرف اسم المريض.

٤. استخدم الاسم المفضل لدى الشخص عندما تكون تعرفه.

٥. أوصل التوقعات بوضوح: «أنا هنا لكي.......».

٦. قدم الحلول لمشاكل المريض أو أحلها إلى الشخص المناسب.

٧. استخدم الاســتماع النشط. أَوْلِ الشخص الذي يتحدث الاهتمام الكامل. أعد صياغة الرسالة لضمان فهمها.

٨. أظهر التعاطف. حاول أن تضع نفسك في مكان المريض.

٩. استخدم اللباقة المتبادلة. قل من فضلك وشكرًا لك وأفتح الأبواب للآخرين.

١٠. توقع الاحتياجات، وقدم المساعدة دون أن تطلب منك.

١١. اشكر الناس.

هذه الإحدى عشرة نقطة ليست فريدة من نوعها ولا أصلية بالنسبة إلى عيادة كليفلاند، لكنهــا تلخص ما يعتقــد موظفينا أنه كان مهمًا لتقديمه للمــرضى ولبعضهم البعض. وتمثل البنــود المدرجة في القائمة المنطق الذي يجب أن يســير عليه العمل، والســلوكيات اليومية للمجتمع المتحضر. فهل يمكن لأي شــخص ألا يوافق عــلى ضرورة توظيف تلك البنود عند التفاعل مع المرضى أو مقدمي الرعاية الآخرين؟ لقد تم تقديم نموذج برنامج تجربة عيادة كليفلانــد إلى ٤٣٠٠٠ من مقدمي الرعاية لســلوكيات تميز الخدمــة المتوقعة. وقمنا لاحقا بتلخيصها وتعبئتها في ســتارت (S.T.A.R.T.) مع برنامج التدريبي خدمة العملاء (هارت):
S ابتسم وقُمْ بتأديةِ التحية بحرارة (استخدم سيدي / سيدتي أو الاسم المفضل).

T أخبر باسمك ودورك وما يمكن توقعه منك.

A استمع بنشاط، أظهر التعاطف والمساعدة.

R تواصل وابْنِ علاقة مع الغير.

T اشكر الشخص.

وكانت عيادة كليفلاند قد استخدمت بالفعل نموذجًا تكميليًّا لتعافي الخدمة مبنيًّا على الرد باستخدام هارت (H.E.A.R.T.) التي سبق وضعها من قبل مقدمي الرعاية في عيادة كليفلاند:

H اسمع القصة.

E تعاطف.

A اعتذر

R استجب.

T اشكر المريض.

يتم تدريب جميع الموظفين على السـلوكيات عندما يشاركون في تجربة عيادة كليفلاند، والذي يُعَدُّ برنامج التميز في الخدمة فيه برنامجَ اكتفاء ذاتي. ولا يمكنك وضع الناس في برنامج تدريبي وتتوقع أن تكون سـلوكياتهم حاضرة إلى الأبد. وبدلًا من الدورات التنشيطية، نريد أن نخلق ثقافة التميز في الخدمة التي سوف يدعمها الموظفون ويضبطون أفعالهم بعضهم مع بعض. فمدرب برنامج هارت (H.E.A.R.T.) يعلم مجموعة مختارة من مقدمي الرعاية للبحث عن (H.E.A.R.T) والسلوكيات واستعادة الخدمة، ويثني على الناس الذين ينوون القيـام بعمل جيد، ويسـاعد أولئك المتعثرون. ويمكن أن يكون المدرب أي شـخص، وليس بالضرورة أن يكون مديرًا أو قائدًا، ولكن مجرد زميل في العمل لديه اهتمام بالقيام بالشيء الصحيح والمساعدة في تطوير ثقافة خدمة عالية الأداء.

ومـن العناصر الواجب توافرها في مـدرب برنامج الهـارت (H.E.A.R. T) هو تقديم الدعـم التنمـوي دون أن يكون سـلبيًّا أو ذليلًا. كما أننا لم نرغـب في خلق بيئة يكون فيها الفشـل مرهونًا باستخدام أسـاليب عقابية. ويتطلب التميز في الخدمة التدريب والمراقبة، وقـد تم تطوير برنامج التدريب للمسـاعدة في تعزيز فعل وقول الأشـياء الصحيحة. نريد أن يسـتخدم الناس حماسـهم والتزامهم الطبيعي لوظائفهم وأن يعـم الإطار الذي نعمل به جميع أرجاء المنظمة. إن تأديب الموظف مباشرة لعدم اسـتخدامه معايير الخدمة ليس نهجًا مقبولًا للعمل. ويمر كل الناس في بعض الأحيان بيوم سـيئ، فقد لا يشعر أنه متعاف، أو قد يكون متأثرًا بأفعال أو كلمات المريض وينسـحب من سـباق يتطلب أداءً عاليًا. أردنا أن ننشـئ بيئة عالية الأداء تمكن الناس من المسـاعدة والدعم والتعلم من بعضهم البعض. بحيث يساعد برنامج التدريب على بناء تلك البيئة.

وبشـكل عام فإن برنامج سـتارت (S.T.A.R.T.) والاسـتجابة بالقلب (H.E.A.R.T.) ومجموعة برامج تميز الخدمة وضعها العاملون في مجال الرعاية الصحية للعاملين في مجال

الرعايــة الصحيــة في بيئة الرعاية الصحيــة. وقد تم تدريب أكثر مــن ٤٥٠٠٠ من مقدمي الرعايــة الحاليين والســابقين في جميع مواقعنــا في جميع أنحاء العالم عــلى برنامج هارت (H.E.A.R.T). لقــد اعتمدنا اســتخدامه بنجــاح في عملياتنا في الشرق الأوســط ونفذنا البرنامــج في أكثر من خمس عــشرة منظمة رعاية صحية أخــرى، وللموظفين العموميين في المدن الصغيرة، في اثنتين من القرى الريفية في مدينة لاس فيغاس، وفي هيئة الصحة المنزلية، وبدأنا في نشرها بنجاح بين موظفي منطقة مدرســة مقاطعــة كليفلاند. وقد عزز النموذج وجهات النظر المختلفة التي تم تبنيها من خلال العمل مع المنظمات خارج الرعاية الصحية. كما ســاعد كذلك في التحقق من صحة عملنا من خلال إثبات أن النهج قابل للتطوير وأنه يعمل في بيئات أخرى.

وقد عرضنا برنامجًا مماثلًا للعاملين لدينا بعقود. ولم يعرف المرضى وعوائلهم أن العاملين في الخدمة الغذائية أو خدمة مواقف السيارات لا تعمل لعيادة كليفلاند. وينظر إلى موظفي الشركات التي تقدم هذه الخدمات كأنهم مقدمو رعاية من عيادة كليفلاند مثل أي شخص يتلقى مبــاشرة راتبًا من منظمتنا. ويجب أن ينحاز هؤلاء الموظفون إلى أولوياتنا التنظيمية وأن يتدربــوا عــلى التميز في الخدمة تمامًا مثل أي شــخص آخــر. وفي كل عام يعقد رئيس العمليات لدينا السيد ويليام بيكوك الثالث ندوة لقيادات مزودينا. يتضمن جزء من الندوة مناقشة فلسفة مرضانا أولًا والتوقعات التي نحملها لشركائنا في العمل.

فبرنامــج تميز الخدمة لدينا ليس حول البرمجة. ولا ينخدع المســتهلكون من الأســاليب الميكانيكيــة التي تنشــئها النصوص. تخلق النصوص؛ حيث تكون تلــك التفاعلات آلية غير صادقة. وبدلًا من ذلك، فلا بد أن نقدم إطارًا يمكن موظفينا من إنشــاء تفاعلاتهم. ونحاول أن ننشئ «دماغ السحلية» عند موظفينا بحيث تصبح سلوكياتهم فطرية وانعكاسية.

والتميــز الناجــح للخدمة لا يأتي من فراغ بــل يتطلب من النــاس أن يكونوا عاطفيين، ورحماء، وملتزمين بمســاعدة الغير سواء المرضى أو زملاء العمل. إن النجاح في تنفيذ برنامج التميز في الخدمة يتطلب بنية تحتية لإدارة المواهب (القوى العاملة) والتي سبق لي تناولها في الكتاب. كما أن العثور على الأشــخاص المناســبين وفحص مدى التزامهم بقيمنا، ومساءلة الأشخاص عن الأفعال والسلوك كلها أمور حاسمة لتحقيق التميز في الخدمة.

وفيما يخص التدريب المشترك والتقييم فقد تم إنشاء مكون التسوق الخفي لبرنامج تسوق من هارت (H.E.A.R.T.). ففي المنظمات الكبيرة التي لديها العديد من المواقع المختلفة، من السهل نشر الموظفين الذين لا يعرفون أو لم يسبق رؤيتهم من قبل الزملاء في منطقة أخرى. وقد تم تدريب مديرين وغيرهم من القيادات على كيفية إجراء التسوق الخفي وإرسالهم إلى تجربة التفاعل مع موظفي الخطوط الأمامية. يستخدم المتسوقون الخفيون قائمة مرجعية لستارت (S.T.A.R.T.) مع سلوكيات هارت (H.E.A.R.T.)، حيث يتم على الفور تسجيل درجة موظفي خط المواجهة، ويعرضون تقييم ردود فعل قيمة لمديريهم. هذا النهج يساعد المديرين في مراقبة الإطار المنشور في بيئات مختلفة ويقدم وجهات نظر قيمة حول مجموعة من تقنيات تقديم الخدمة التي يستخدمها الموظفون مع المرضى. لقد بدأنا أيضًا برنامج التسوق الخفي للموظف، حيث يمكن لمقدمي الرعاية لدينا أن يوفروا تغذية عكسية مباشرة حول تجاربهم. وكان من الصعب على المتسوقين الخفيين المجهولين اختراق المكاتب الأمامية للرعاية الصحية، ولكن الموظفين الذين هم أيضًا المرضى قادرون على نقل تجاربهم الشخصية. ونحن نشجعهم على توثيق والإبلاغ عن كل الجيد والسيئ، ونقدم هذه التغذية المرتدة للمديرين وموظفي الخطوط الأمامية.

تميز الخدمة يتطلب المساءلة:

إن الإستراتيجية القوية في تميز الخدمة لا تمثل فقط إطارًا تكتيكيًا لسلوك مقدم الرعاية فحسب، بل تمثل أيضًا مكونات كالتدريب وسرية التسوق التي تعتبر ضرورية لضمان الثبات والمصداقية. أميل إلى السفر مع شركة طيران رئيسية واحدة وأنا أعرف جدًّا أنها تجتهد محاولة ضمان تقديم خدمة عملاء عظيمة. ولكن الموظفين قد يفشلون في الاتفاق على مبدأ حيث تلاحظ ذلك الاختلاف إذا كنت تسافر بشكل متكرر. فأحيانًا تكون المضيفات ودودات وأحيانًا لسن كذلك. وعمومًا فإن الطيارين يعطون مقدمة موجزة قبل الإقلاع ويرحبون بالمسافرين «مرحبًا بكم على متن طائرة...»، ولكنهم في بعض الأحيان لا يفعلون. وأنا عادة راكب متوتر، لذلك فعندما يفشل الطيارون في الإعلان، فما الأشياء التي سوف يفشلون في عملها ضمن قوائمهم؟ إن تدريب الموظفين على معايير جودة الخدمة فقط ليس كافيًا. ومن الضروري وجود طرق لضمان الاتساق والحفاظ على الموثوقية.

إن الفشل في تقديم الخدمة قد يؤدي إلى آثار سلبية على المدى البعيد. وقد يؤدي الفشل المتكرر في خدمة المرضى إلى الاعتقاد بأن المنظمات لا تستطيع أو لا ترغب في التحسن[٦]. وعادة لا يتم استخدام إستراتيجية قوية للتميز في الخدمة في مرافق الرعاية الصحية، ومع ذلك فإن التميز في الخدمة يُعَدُّ برنامجًا منخفض التكلفة ويمكن تنفيذه بسهولة وله تأثير كبير على انطباع المرضى عن المنظمة وقد يساعد أيضًا في تقليل عدد شكاوى تأمين برنامج التأمين الطبي لكبار السن (Medicare) التي يمكن التبليغ عنها.

المرضى ليسوا دائمًا على حق:

يجب أن تستوعب إستراتيجية التميز في خدمات الرعاية الصحية أيضًا الأوقات التي لا يمكننا فيها جعل المريض سعيدًا. وفي آخر الأمر تُعَدُّ الرعاية الصحية خدمة عمل، ولكن العميل ليس دائمًا على حق. بينما كان كوسغروف خارجًا للتسوق في أحد الأيام اقتربت منه امرأةٌ وسألته: «لماذا لم أستطع حجز موعد في عيادة كليفلاند؟» حينها ارتبك واعتذر للمرأة ووعدها بالنظر في موضوعها ومن ثم الرد عليها. ولم تكشف تلك المرأة له بأنها مصابة بمتلازمة مونشهاوزن باي بروكسي (Munchausen syndrome by proxy). وهو مرض نفسي وشكل من أشكال إساءة معاملة الأطفال، حيث يتسبب شخص مقرب كالأب أو الأم في الضرر بأذى صحي أو جسدي للطفل لجذب الانتباه أو للحصول على فوائد أخرى. وهذه حالات صعبة للغاية تتطلب إشرافًا دقيقًا وبخاصة عندما يكون قاصر طرفًا فيها مما يستدعي أمر إشراف من المحكمة. هذا هو الجانب القبيح من تجربة المريض الذي لا يحصل على الاهتمام والابتهاج. ولكن هناك العديد من المرضى الذين يتم الإشراف على تلقيهم الرعاية الطبية أو الذين «طردوا» من منظمات الرعاية الصحية ولم يعد مسموحًا لهم استخدام خدماتها.

إن الحد من وصول المرضى إلى الرعاية الصحية أو طردهم ومنعهم من الوصول لها ليس أمرًا عاجلًا أو يسيرًا. ويمكن القيام بهذه الإجراءات فقط من قبل محقق الشكاوى / إدارة علاقات المرضى، وهناك مبادئ توجيهية صارمة لحماية المريض والمنظمة. ونحن نبذل كل قصارى جهدنا للقيام بالشيء الصحيح للمرضى ونضع العبء على المنظمة لضمان ذلك. وغالبًا ما يرفع هؤلاء المرضى المعترضين أصواتهم ويصبحون مهددين. ويدرب برنامج التميز

في الخدمة الشاملة الموظفين على كيفية الحفاظ على الهدوء في ظل الظروف الصعبة للغاية، وعلى كيفية التواصل مع المريض بتقدير واحترام بشكل مستمر.

وفي يوم ما وبينما كنت أرى مرضاي في عيادتي أبلغتني مساعدتي بوجود مريض يصرخ بأعلى صوته ويهدد بفسخ ملابسه في بهو المكاتب التنفيذية، لذلك كنت بحاجة إلى الوصول إلى هناك في أقرب وقت ممكن. في البداية كنت مرتبكة وغير مصدقة وتساءلت لماذا لم يكن هناك أي شخص آخر يمكنه أن يتدارك هذا الأمر. إنه مجرد يوم آخر في تجربة المريض! وحينما وصلت إلى الموقع وجدت أحد زملائي الإداريين وخمسة من ضباط الشرطة قد اعترضوه. كان المريض يصرخ مدعيًا بأن عيادة كليفلاند تحاول قتله وطالب بالتحدث مع شخص ما «مهم» على الفور. وكنا قادرين على تهدئة الوضع وتوجيهه في نهاية المطاف إلى مكتب محقق الشكاوى لتحديد أفضل طريقة للمساعدة. وقال إنه كان يحتاج إلى عملية جراحية لعلة تهدد حياته ولكن تم تأخير إجراء العملية دون إبلاغه بالسبب وراء هذا التأجيل وأنه يعتقد أن أطباءه قد ميزوا ضده لأنه لم يكن لديه تأمين.

هناك دائمًا ثلاثة جوانب لكل قصة في عالم شكاوى المرضى وهي: جانب المريض، جانب المنظمة، وما حدث بالفعل. إن معرفة الحقيقة قد يكون صعبًا في بعض الأحيان. وفي هذه الحالة، كان جانب منظمتنا من القصة مختلفًا جدًا عن المريض وربما أقرب إلى الحقيقة. إن قراءة سجل المريض الطبي تعدُّ بمثابة ملخص قانوني من مقدمي الرعاية الذين كانوا يحاولون حماية أنفسهم والمنظمة. حيث تبين أن لدى المريض تاريخًا طويلًا من عدم الامتثال، وتخلف عن المواعيد، وتعرضه للموظفين بالتهديد. إن ادعاء المريض عن حالته كان صحيحًا ويعزى سبب تأخر تقديم العلاج إلى تأخر المريض وليس بسببنا. لقد كان من المقرر إجراء عملية جراحية لكنه تغيب عن موعده مع الجراح وذلك قبل يومين من الحادث الذي جرى في ردهات المستشفى، ثم جاء في هذا اليوم بالذات وطالب برؤيته الجراح على الفور ولكن الجراح كان في الخارج. كما أن المريض تجاهل إخبارنا بأنه قام بتهديد فريق الجراحة وأخصائي التخدير بإلحاق الأذى بهم جسديًا إذا حدث أي شيء أثناء الجراحة. اتصل بي الجراح قائلًا بأنه لا توجد وسيلة تمكنه من إجراء العملية لهذا المريض. وقد كان مستاء جدًا ولم يعتقد أنه يمكن أن يفكر بشكل مباشر أو أن ينتابه القلق حول كيفية تصرف هذا المريض في المستشفى.

وفي ظـل هذه الظروف وما يصاحبها من تهديد بالعنف الجسـدي ضد مقدمي الرعاية فإن للمستشـفى الحق في طرد المريـض. من الصعب القول بأن أعضـاء فريق الجراحة لن يكونوا خائفين على سلامتهم وكذلك لن يكونوا مشغولين بالتصرف المحتمل للمريض. وبينما تولى فريقنا تهدئة المريض ودعوة الجميع للهدوء والتفكير في سلوكنا قام الجراح بالاتصال بي مرة أخرى وقال: «لا توجد وسـيلة يمكننا من خلالها طرد هذا الرجل، وإذا فعلنا فإنه سوف يموت، وهو يحتاج إلى جراحة، ونحن أفضل من يقوم بها به وسوف نعملها. لقد لخص اتصال الجـراح موقفنا جميعاَ: وهو وضـع المريض أولاً وتقديم رعاية عالمية المسـتوى. لقد أجرى المريض عمليته الجراحية في مستشـفانا وكانت نتيجة ناجحة. لم يكن هناك شيء أكثر أهمية من التأكد من أننا ساعدنا هذا الشخص المحتاج، وعلى الرغم من حقيقة أنه من المحتمل ألا ينظر أبداً أننا تعاملنا معه بكرامة واحترام وقال ذلك فعلاً في استبانة استطلاع الرأي.

والناس لا يدركون صعوبة العمل في تقديم الرعاية الصحية. فمتخصصو الرعاية الصحية يُصرَخ في وجوههم ويُهَدَّدون ويتعرضون أحيانًا للاعتداء الجسـدي كل يوم في جميع أنحاء العـالم، وهذا يحدث غالبًا في وحدات الطب النفسي وأقسـام الطوارئ. وعندما كنت طبيبًا مقيـماً ركلني أحد المرضى المصابين بركلة واحـدة في الصدر وقد كان حينها مخمورًا. كما أن إحدى زميلاتي من جراحة القولون والمسـتقيم تعرضت إلى رمي الهاتف الخليوي في رأسـها، مـما تسـبب في إحداث جروح في وجههـا. كما قام أحد المرضى بخـدش ممرضة في وجهها. تحدث هذه الأشياء المريعة كل يوم أثناء عملية تقديم الرعاية للناس، لذلك علينا أن ندرك أنه على الرغم من رغبتنا بشـكل مسـتمر في تقديم رعاية ترتكز عـلى المريض إلا أن ذلك ببساطة غير ممكن في بعض الأحيان.

علينا أن نتحدث عن التعاطف:

قد يعد تعليم التميز في الخدمة أمرًا سـهلًا ولكن الحفاظ على السلوكيات يشكل تحديًا لأي منظمة. يتضح من الأمثلة السـابقة أنـه يوجد بعض التعقيدات التي نتعامل معها كل يوم وتشـكل تحديًا عاطفيًا للعاملين في مجال الرعاية الصحية يمنعهم من تنسيق جهودهم لذلـك فإنه لا بـد من تذكيرهم بالحديث عن التعاطف. نحـن لا نختلف عن الناس الذين نخدمهم.

فمنذ أن بدأت جهود عيادة كليفلاند لتحسين تجربة المريض وقبل تعييني مديرًا تنفيذيًّا لتجربة المريض ونحن نسـعى دائمًا للتعبير عن التعاطف على نطاق أوسـع في جميع أنحاء المنظمة.

يمكــن أن يكون مفهوم التعاطف صعبًا للفهم ولكن معظم العاملين في الرعاية الصحية يدركــون أهميته. ومصطلح التعاطف يمكن أن يعني أشـياء مختلفة لناس مختلفين، وعلى الرغم من وجود تعاريف موحدة يستخدمها الناس الذين يدرسونه، إلا أنه لا يوجد تعريف متفــق علية. فالتعاطف هو مثال عــلى بناء كامن، وهذا يعني أنــه موجود ويمكن للناس التحقــق من صحة ذلك عندمــا يواجهونه، ولكن يصعب عليهــم في الغالب وصف ما هو بالضبط وماذا يعني. وهناك أيضًا نقاش مستمر حول ما إذا كان فطريًّا ويمكن تعلمه أو هو مزيج من الاثنين معًا.

وفي عالم الرعاية الصحية غالبًا ما يستخدم مصطلح التعاطف ويساء فهمه. ونريد كقادة للرعاية الصحية أن يكون لدى مقدمي الرعاية تعاطفٌ وأن يعبروا عنه. فنحن نتحدث دائمًا عــن ذلك ولكن الغالبية العظمى من العاملين في مجال الرعاية الصحية لم يتعرضوا له قط. لقد ركزنا كثيرًا على التعاطف في عيادة كليفلاند منذ النقاش المحوري لكوسـغروف مع كارا ميدوف بارنيت طالب كلية هارفارد للأعمال (انظر الفصل ٣) والتي نستطيع أن نقول بأنها هي من أطلق نقاشــاتنا. إن التحدي الذي نواجهه يتمثل في كيفية تحسين رسالة التعاطف وتعليمها وفي كيفية جعل مقدمي الرعاية أكثر تعاطفًا.

ولكي تكون متعاطفًا فيجب أن يكون لديك تبصر في شـخصيتك. وقد شارك كوسغروف منــذ فترة طويلة في مفهــوم الذكاء العاطفي الذي كان رائده هــو دانيال غولمان (Daniel Goleman) (٧). حيــث يجادل بأن عنصرًا حاســمًا في نجاح القيــادة ليس الفكر أو العمل الشاق، بل القدرة على فهم كيف تؤثر أفعال ومعتقدات المرء على اتخاذ القرار والعلاقات. يحتاج مقدمو الرعاية لدينا إلى فهم الذكاء العاطفي وكيف ينطبق على تفاعلهم مع المرضى ومقدمي الرعاية الآخرين وذلك لمواصلة جهودنا لتوسيع التعاطف عبر المنظمة.

لقد قررنا أن يكون التركيز في واحدة من منتديات تدريب المديرين على الذكاء العاطفي والذي يُعَدُّ ضروريًّا للتعاطف، مما يعطينا القدرة على دفع المزيد من الرعاية الرحيمة فنحن

نلحق كل مديرينا والذين يبلغ عددهم ما يقرب من ٢٢٠٠ شــخص لحضور دورة تدريبية مرتين إلى ثلاث مرات في السنة. ونفتتح كل منتدى بعرض شريط فيديو ونطلب من أحدهم ممن يظهر التعاطف بالبدء بالنقاش بشكل مناسب. لقد رأيت الكثير من المواد التي تحاول تصويــر التعاطف، بما في ذلك العديد من أشرطة الفيديو. وقد لفت انتباهي بشــكل خاص فيديو تدريبي للموظفين حول تشــيك-فيل-أ (Chick-fil-A)، وهي شركة مطاعم أمريكية للوجبات السريعة، تم عرضه في مؤتمر للابتكار حضرته في شــيكاغو. حيث إن تشيك-فيل-أ لديها رضا العملاء متفوق والتزام قوي بالقيم. ويســتلزم الأمر التزامًا تنظيميًا هائلًا بالبقاء مغلقا في يوم واحد وهو يوم الأحد الذي يعدُّ من أكثر أيام التســوق ازدحامًا في الأســبوع، حتــى يتمكــن الموظفون من قضاء بعض الوقت مع أسرهــم. وأنتجت الشركة لقطة فيديو في أحد متاجرها تســلط الضوء على الأوضاع الشــخصية للعملاء والموظفين. عنوان الفيديو والنقطة التي يريد أن يتوصل إليها هو «كل حياة لديها قصة». يظهر الفيديو للموظفين أن معظم العملاء وزملاء العمل يقاتلون نوعًا ما في معركة وأن «كل شــخص نتفاعل معه هو فرصة لخلق تجربة رائعة»[٨].

لقــد جــذب المصطلح انتباهي على الفــور حيث كان الفيديو يظهر التعاطف بشــكله الأســاسي. مشيت بعيداً أتساءل عما إذا كان بإمكاننا اســتخدام نهج مماثل للاستحواذ على قصص المرضى ومقدمي الرعاية. فهل تكون أحداث حياة المرضى والأشــخاص الذين يعتنون بهم أكثر قوة؟ وقد بدأت في عرض فيديو تشيك-فيل-أ للآخرين في فريقي وفي جميع مرافق عيــادة كليفلانــد. ولم يتفق في البداية كثــير من الناس مع تفســيري ولا وجهة نظري. فلم يتمكنوا من عمل الاتصال وكان بعضهم يعتقد أن الفيديو كان ســوداويًّا للغاية. وكان ذلك هو ما أفكر به بالضبط! فنحن لا نعمل في مجال يتصف بشكل دائم بالسعادة والابتهاج.

وذات مرة جلســت مع ســو أندريلا (Sue Andrella) كبــيرة مديرينا للإنتاج الإعلامي وبدأنا الحديث حول اســتخدام الفيديــو لالتقاط قصص الناس. وتقــود أندريلا فريقًا من المبدعين الموهوبين الذين ينتجون قصصًا قوية جدًا للمرضى نستخدمها في مجموعة متنوعة مــن أحداث القيادة. ولقد عرضت عليها فيديو تشــيك-فيل-أ وأعطيتها أفكاري. ومما يثير الاهتمام أنه في حين أنها لم تشــاهد هذا الفيديو إلا أننا نتشــارك في نفس الأفكار التي كنت

أفكر فيها حول الطرق التي يمكننا فيها استخدام الفيديو لإظهار التعاطف. وتشاورنا على نوعية القصص وكيف سيتم تصويرها، وكنا نتجادل حول كيفية ربط قصص المرضى القوية بنظام مستشفى مترامي الأطراف وشديد التعقيد. هل ينبغي علينا أن نستخدم مرضى حقيقيين أو ممثلين؟ وهل نضع المرضى ومقدمي الرعاية معًا؟ وهل يحتاجون إلى التواصل؟ ما النتيجة التي يجب أن نستخدمها؟ هل يجب أن يكون هناك ربط للمحادثات؟ وأخيرًا التقيت أنا بأندرلا واثنين من أعضاء فريقها لاستعراض النص النهائي قبل التصوير. وسرعان ما قرأت النص ودفعته مرة أخرى عبر الطاولة، وقلت: «دعونا فقط نبدأ». لست ممن يمتلك قدرات إبداعية وكنت أواجه صعوبة في تصور وتخيل السيناريو. ولكني كنت على دراية بجدية عمل فريقها وعرفت أنه بمجرد أن تبدأ أندريلا وفريقها فسوف يضعون معًا قطعة مذهلة. وبعد التصوير والتصحيح لعدة أسابيع دعتنا أندريلا لتقول بأن العمل الشاق قد أنجز. أصررت على رؤية ما أتموه وذهبت إلى الأستوديو حينها كان الفريق بحاجة إلى إجراء بعض التشطيبات التقنية الثانوية. كنت أشعر بألم في المعدة وجلست أسيرًا وصامتًا أثناء العرض عندما رأيت الفتاة الصغيرة تداعب الكلب المستخدم في المعالجة وجاء التعليق «زيارة أبي للمرة الأخيرة». حيث لم أتمالك حبس مشاعري حيث دمعت عيناي. وحين مشاهدتي للصور أدركت بأني لم أشعر بالأسف للناس وكنت أشعر بما كانوا يشعرون به وشعرت بالتعاطف مع معظم الحالات. وكان ذلك غريبًا حيث أنني اعتقدت أننا قمنا بتطوير أداة يمكن أن تربط الناس.

وبينما كنا نستعد لمنتدى يناير كنت أستعرض الفيديو في مكتبي وعندها دخل علي كوسغروف. وكان يعرف عن المشروع وسألته فيما إذا كان يريد مشاهدة الفيديو، وقد جلس صامتًا لعدة ثوان بعد مشاهدته له وقال: «رائع، هذا قوي!». وقرر أن يعرضه أثناء العرض السنوي لحالة عيادة كليفلاند.

واليوم تعاطفنا: فيديو الرابط الإنساني لرعاية المريض يحتل المجال العام في اليوتيوب (YouTube) وغيره من الوسائط الاجتماعية ومواقع الإنترنت. وتم إتاحته لكل مستخدم بحيث لا يغير في محتواه أو يستخدمه لأغراض تجارية. ولحينه فقد شاهده أكثر من مليوني شخص وأكثر من ٥٠٠ شركة متضمنة مستشفيات مما أتاح لنا معرفة أنهم يستخدمونه في

أثنــاء عملهم وفي برامج تدريــب الموظفين. كما أنني أتلقى إخطارًا كل أســبوع تقريبًا بأن مستشفى آخر يستخدمه للتدريب. في عام ٢٠١٤م تحدثت في جمعية القسيسين في أناهيم، كاليفورنيا إلى مجموعة من حوالي ٥٠٠ قسيس. وفي بداية العرض التقديمي تم عرض الفيديو وفي الختــام ذهب أحد الحضور إلى الميكرفون قائلًا "دكتور ميرلينو، نحن جميعا على دراية بهذا الفيديو، وبالنيابة عن كل واحد منا هنا، أريد أن أشكر عيادة كليفلاند وشكرًا لكم على إنتاجه، وسوف يجعل الرعاية الصحية أفضل". كنت حينها غير قادر على التحدث. إن ما تم إنتاجه وتوقعنا أن يكون فيديو بســيطًا يستخدم للتدريب الداخلي لمساعدة موظفينا على التعاطف بشــكل أفضل قد تحول إلى ظاهرة في الرعاية الصحية على مســتوى العالم، وهو شيء لم يعــره أحــد منا اهتمامًا فيما مضى. وفي عام ٢٠١٤م تلقيت أنا وســو وفريقها جائزة الرئيــس التنفيــذي للتميز لعملنا على الفيديو. وتعطى هذه الجائزة مرة واحدة في الســنة للفريق الذي يثبت نفســه في العمل المتميز لدفع قيم عيــادة كليفلاند ويعدُّ هذا الفيديو قويًا لأن رســالته بســيطة فهناك الكثير من الأشــياء في حياة مرضانا وزملائنا في العمل وفي حياتنا التي تؤثر على ما نقوم به. إن الاعتراف بأثرنا الشخصي والتعاطف مع الآخرين يسمح لنا أن نبذل قصارى جهدنا في رعاية المرضى.

لقــد أنتجنا فيديــو تابعًا للأول أطلقنا عليه وديًّا اســم "التعاطف اثنــين"، أما العنوان الرســمي للفيديو فكان "المرضى: ضعفاء وخائفون". ويحاول هذا الفيديو أن يسلط الضوء على التعرض للتعاطف على مســتوى متعمق مــن خلال فحص مقدمي الرعاية في منظمتنا الذين كان لهم مواجهات جدية مع الرعاية الصحية ومقدمي الرعاية والمرضى. كما تم نشر هذا الفيديو على يوتيوب (YouTube).

ويمكــن تطبيق التميز في الخدمة والتعاطف في أي مهنة لها عملاء وذلك بأخذ الوقت لفهم وجهات نظر العملاء، والتأكد من أن التعامل يكون بطريقة مهنية ومحترمة ومهذبة. تلك هي وظيفة "دماغ السحلية" التي ينبغي أن تكون سلوك طبيعي ثاني لجميع العاملين في المنظمة. وتختلف الضغوط التي ترتبط بتقديم الرعاية الصحية لذا فلا بد أن يتفهم كل شــخص الدور المطلوب منه بشــكل يومي. ويعدُّ الذكاء العاطفي قاعدة سلوكية جديدة نســبيًا ولكنها في الحقيقة مهارة ضرورية لفهم تحيزنا الشــخصي والذي يجعلنا نتعاطف

مـع مرضانـا وعملائنا بوضع أنفسـنا في نفس الظروف التي مروا بهـا. فهل يمكننا تعليم الـذكاء العاطفي والتعاطف لمقدمي الرعاية لدينا؟ فذلك ليس مطروحًا كخيار بل إنه أمر مطلوب.

وباختصار:

١. ينبغي على جميع المؤسسـات الخدمية أن تعمل على تنفيذ إستراتيجية قوية للتميز في الخدمـات. ولا يهم إذا كنت مسـؤولًا عن تقديم منتجـات أو خدمات للمرضى والمسـتهلكين أو كنت عميلًا لأعمال أخرى، فالتميز في الخدمة سوف يضمن أن يتم التعامل مع عملائك بلباقة واحترام وأن يتم تقديم خدمة جيدة لهم. والتميز الجيد في الخدمة ليس فقط مجرد ابتسامة أو أن تقدم الشكر وتبرمج نفسك على ذلك. بل هي إطار قوي من التكتيكات لضمان أن يعمل الموظفين لديك وبشكل مستمر على تقديم الخدمة وبناء العلاقات التي تحتاج إليها لجعل منظمتك ناجحة.

٢. يجب أن تشتمل إستراتيجيات التميز في الخدمة على طرق لتعافي واستعادة الخدمة. فهناك منطق من وراء قول: «أنا آسـف». ومن الجيد أن يكون لديك أساليب لتعافي واسـتعادة الخدمة في المستشـفيات، ليس ذلك فقط ولكن يمكن لهذه الأساليب أن تسـاعد أيضًا على تقليل عدد الشـكاوى والمظالم في المستشـفيات. ويجب على كل موظف في المستشفى معرفة الإطار المناسب لاستعادة الخدمة والاعتذار.

٣. من المهم التحدث عن التعاطف وتعليمه وذلك لمسـاعدة الموظفين على تفهم ماذا يعنـي ما نقوم به من عمل للمرضى حال وضعنا أنفسـنا مكانهم. إن التعاطف أمر بالغ الأهمية في الرعاية الصحية بسـبب حالة الضغط النفسي والتضجر التي يمر بها المـرضى وينطبق التعاطف عـلى أي مهنة لها عملاء وبالتالي فإن تحسـين فهمك لما يواجهه عملاؤك سيساعدك على تقديم خدمات أفضل لهم.

٤. المرضى ليسوا دائمًا على حق ولا يتصرفون دائمًا بشكل مناسب. لذلك فعلينا أن نحاول مساعدة الناس على أفضل وجه ممكن، ولكن ذلك غير كافٍ في بعض الأحيان. حيث أن إدراك ما يشكو منه المرضى قد لا يحدث بنفس الطريقة التي نعتقدها. لذا فلا بد

مــن التحقيق في شــكاوى المرضى بعناية وضمان الحصول عــلى صورة كاملة لجميع جوانب القصة.

٥. يجــب تعليــم الــذكاء العاطفي لأهميتــه كمفهوم؛ وذلــك لأن العلم بــردة فعلك واســتجابتك للمواقف وفهم ردة فعل واستجابة الآخرين لن يساعد على خلق بيئة عمل أفضل فحسب، ولكنه أمر بالغ الحساسية في تقديم رعاية مبنية على التعاطف والرأفة.


٢٤٦

الفصل الحادي عشر
يحتاج الأطباء إلى التواصل بشكل أفضل


٢٤٨

الفصل الحادي عشر

يحتاج الأطباء إلى التواصل بشكل أفضل

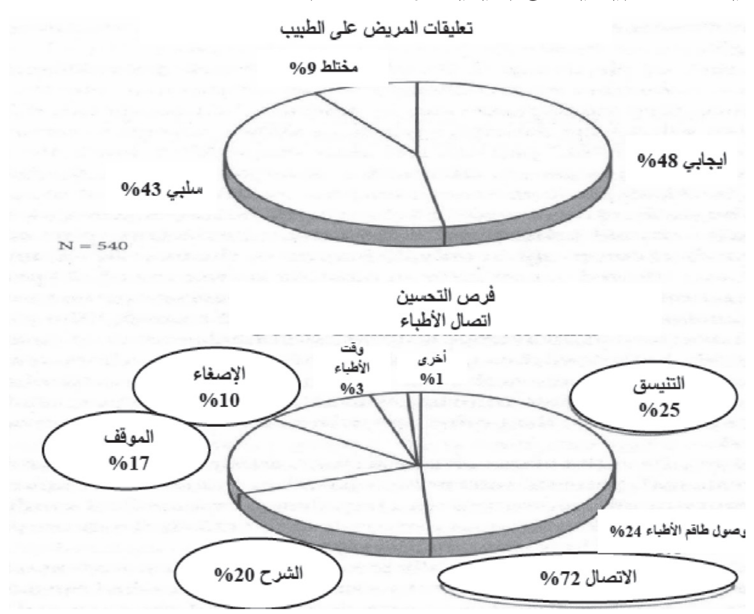
يعيش أوزبورن بــودن (Osbourne Bodden) في جزر كايمان وقد قضى معظم حياته المهنيــة في حقــل الخدمات المالية، حيث ســبق له العمل في اثنتين مــن أعلى أربع شركات محاســبية أمريكية. وقد تقاعد مؤخرًا وهو يديــر حاليًا شركة صغيرة ورثها من والدته. لقد دعيت في الليلة التي ســبقت افتتاح المؤتمر السنوي الرابع لجزر كايمان للرعاية الصحية إلى عشاء صغير مع مجموعة من رجال الأعمال لمناقشة تجربة المرضى. وكان من دواعي سروري الجلوس بجانب الســيد بودن وزوجته وقد شــارك معي قصة والدتــه التي توفيت مؤخرًا. ووصفهــا بأنها «كالطائر القديم الصارم»، شــخص لديه آراء و «واهتــمام بإدارة الأعمال». وشرح لي كيف أنها قامت على تربية طفلها وعانت من المصاعب. فقد بدأت بإدارة الأعمال التجاريــة الصغيرة الناجحة في عام ١٩٥٥، لتصبح واحدة من أول أصحاب الأعمال الإناث في جزر كايمان وقد عاشت إلى أن بلغت ستةً وثمانين عامًا. وواصل حديثه ليخبرني عن تجربتها في الرعايــة الصحية. وقــد كان قريبًا جدًا من والدته وكان مســؤولًا عــن العناية بها. وقد ناقشــوا معًا صحتها الضعيفة، فضلًا عن رغباتها وتوقعاتها. وعندما أصبحت مريضة، كانت تخشى تشــخيص السرطان وأعربت عن ذلك لابنهــا. وقد أخذها لزيارة الطبيب وطلب من الطبيب أن يتناول الموضوع بحذر شــديد بحيث يمكــن لوالدته أن تتكيف مع الوضع وأن تتهيأ للفكرة: ولسوء الحظ فإن الطبيب لم يستمع وخرج قائلًا لأمه دون تفكير "لديك مرض السرطان وعلينا أن نبدأ العلاج فورًا»[1].

ويصف بودن ردة فعل والدته قائلًا: «صمتت والدتي برهة ولم ترغب في ســماع ما قيل لها وغادرت المستشفى ولم تعد أبدًا». وذهبت والدته إلى كوبا لتلقي الرعاية. حيث شعرت بأنــه تم التعامل معها كشــخص من قبــل طبيبها الكوبي على نقيض تعامــل الأطباء الذين زارتهــم في الولايات المتحدة. وقد واصلت الحصول على الرعاية في مستشــفى بابتســت في مدينة ميامي ثم عادت إلى كوبا حيث أمضت أيامها الأخيرة.

السيد بودن ليس مجرد رجل أعمال صغير في جزر كايمان فقط بل هو أيضًا الوزير الموقر بودن، وزير الصحة والرياضة والشــباب والثقافة وهو قائد في المواقف التي تتطلب التغيير

في الأشــياء. وأثناء تناول وجبة العشاء واصل وصفه قائلًا «نحن نفتقد إلى الرؤية في الرعاية الصحية حيث إننا نتعامل مع الناس والأسر. فنحن مطالبون بأن نعالج الروح بقدر ما نعالج المرض. تعتبر هذه القصة فريدة من نوعها لأنه تم نقلها لي خلال محادثة عشــاء عشــوائي في بلد أجنبي ولأن الطبيب الأول الذي وصفه لنا سبق له العمل لدى مؤسستنا الصحية في ووستون، فلوريدا ولكن الموضوع شائع ويتم العمل به كل يوم في مجال الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم.

يوجــد فصل مهم ومعتبر في كيفية ما نعتقد أنه يجب علينا أن نوصله كمقدمي خدمة للمرضى وبين كيف يقيم المرضى قدرتنا على التواصل. فنحن نقوم بعمل ضعيف في التواصل مــع المــرضى في مهنتنا. فإذا طلبت مــن الأطباء أن يقيموا أنفســهم في الاتصال مع المريض فســوف يقولون إنهم ممتــازون مدللون على ذلك بأن لديهم علاقــات ممتازة مع المرضى. وفي حين أن هذا صحيح بالنســبة للكثيرين فإنه بالتأكيد لا يمتد على نطاق عالمي. وقد قمنا بتقييم تعليقات المرضى المكتوبة لفترة امتدت لثلاثة أشهر في حرم الجامعة الرئيسي. وكان ما يقرب من نصف التعليقات البالغ عددها ٥٤٠ تعليقًا سلبيًا عن الأطباء. وما يقرب من ثلاثة أرباع التعليقات السلبية يتعلق بكيفية تواصل الأطباء (انظر الشكل ١-١١).



شكل (١-١١) التعليقات وفرص التحسين

وكانـت المواضيع المشـتركة هي قلة التعاطف، وعدم كفاية الشرح، وسـوء الاسـتماع، وضعف التنسـيق والتواصل مع الممرضين وغيرهم من مقدمي الرعاية. وكان موضوع سوء السلوك هو الأكثر إثارة للقلق.

فإذا كانت نصف التعليقات التي أدلى بها المرضى على مدى ثلاثة أشـهر سـلبية فكيف يتوافـق هذا مـع اعتقاد الأطباء بأنهم كثـيرو التواصل؟ وذلك يرجع جزئيًـا إلى أن الأطباء نـادرًا ما يتلقـون ردود فعل مباشرة من المرضى عن تجربتهم معهم ومعظم المستشـفيات والعيادات لا توفر هذه المعلومات مباشرة للأطباء. كما أن الأطباء بشكل عام يشككون أيضًا في أن مهارات التواصل الفعّال هي جزء مهم من مسـؤوليتهم. ولأسـباب متنوعة أخرى بما فيها الخوف من الانتقام والقلق من مشاعر الأذى فإن المرضى في كثير من الأحيان لن يقدموا ردود فعل سلبية مباشرة عن أطبائهم. ومع ذلك، فعندما يرتاح المرضى ولا يتم الكشف عن هوية منازلهم، فإن التردد يتبدد لدى المرضى ويكونون صادقين في تقييمهم للأطباء.

إن ملاحظـة الأطباء في بيئة العمل يقدم نظرة ثاقبة لتحديـات التواصل هذه. وعندما يدخـل المرضى أولًا إلى عيادة الطبيب فإنهم غالبًا ما يكونون حريصين على وصف حالاتهم. وعندمـا يناقش الطبيب مع المريـض الخطة العلاجية أو يدع المريـض يبدأ بالحديث عن الشـكوى الرئيسـية فإن ذلك يشـعر المرضى بأنهم أكثر تمكينًا ويعتقدون أن الطبيب يولي اهتمامًا أكبر. وتظهر دراسـة نشرت في مجلة الجمعية الطبية الأمريكية[٢] جزءًا من المشكلة حيث اسـتعرض المؤلفون ٢٦٤ مقابلة أجريت بين طبيـب ومريض من ٢٩ طبيبًا من أطباء بورد الرعاية الأولية المعتمدين، حيث تلمَّس الأطباء الحصول على الشكوى الرئيسية للمرضى في ٧٥٪ فقـط مـن المقابلات، وطلب من المريض الإجابة عن سـؤال افتتاحي في ٢٨٪ فقط من التفاعلات. بالنسـبة للمرضى الذين لم يسـمح لهم بإجابة السؤال المفتوح فقد قاطعهم الطبيبُ بعد ٢٣ ثانية في المتوسـط، وكان المريض يحتاج في المتوسـط إلى ست ثوان إضافية فقط لإكمال الإجابة. إن استكشاف الشكوى الرئيسية أو كما يصفها المؤلفون بجدول أعمال المريـض تعتبر الخطوة الأولى في علاقة التواصل بين الطبيـب والمريض. وعلى الرغم من أن منطقة الرعايـة الأولية تعتبر أكثر تركيزًا على المريض من التخصصات الأخرى إلا أن الأطباء لا يأبهون لذلك.

إن وضــع اللــوم بالكامل على الأطبــاء أمر غير عادل فبعض المشــاكل على الأرجح تقع بســبب تفسيرات المرضى لتفاعلاتنا معهم، متأثرة بالذاكرة أو تتأثر بالقلق الشديد أو الدواء أو الحالة الطبية. إن تردد المرضى في طرح الأسئلة أو عدم الرغبة في تحدي الطبيب يمكن أن يؤثر أيضًا على مدى فهمهم.

وقــد اختبرت هذه النظرية عن طريق إرســال طالب كلية طــب إلى ٢٠ غرفة للمرضى بعــد ١٠ دقائق من مروري عليهم. حيث ســأل الطالب المريــض، «هل تذكر خطة الرعاية التي ناقشها الدكتور ميرلينو معك؟» وتبين أن أقل من نصف العشرين مريضًا يمكن أن يقرأ الخطة لهذا اليوم. ووجد أن لدى المرضى صعوبة في أشــياء بسيطة مثل تذكر أسماء الأطباء. مثــال ذلك ديفيد لونجــوورث (Longworth. David 1) الذي يتولى رئاســة معهد الطب وهــو كذلك المدير الطبي المشــارك في عيادة كليفلاند. وكجزء من مســؤولياته، فإنه يدرب الأطبــاء المقيمين في العيادات الخارجية. ويحب لونجوورث أن يبرهن للأطباء أثناء التدريب أن المــرضى لديهم صعوبة في التذكر وأنه يجب على الأطباء التواصل بشــكل واضح معهم. حيث كان لونجوورث عندما يمشي إلى غرفة المريض بصحبة الطبيب المقيم ويعرف بنفســه وباسمه كاملًا للمريض. وفي ختام زيارته كان يسأل عما إذا كان المريض يتذكر اسمه، وكثيرا ما يكون أقل من نصف المرضى يتذكر اسم الطبيب[٣].

تجربة المريض بالنسبة للأطباء تعني مهارات الاتصال:

عندما توليت منصب المدير التنفيذي لتجربة المريض في يوليو ٢٠٠٩م، كان ترتيب الأطباء في مجــال الاتصال في المركز يأتي في المئينية ١٤ (14^{th} Percentile) على جميع مستشــفيات الولايات المتحدة الأمريكية، والتي تعتبر من بين أضعف الدرجات في معايير تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS). كما أن أداء الأطباء الممارسين في القطاع الخاص في مستشفياتنا المجتمعية يعدُّ أسوأ من ذلك. إن الطريق للقمة يتم من خلال تحسين اتصال الطبيب والذي يعدُّ أمرًا حتميًا.

وكما ذكرت ســابقًا، فقد كان أحد أســاليبنا الأولى هو عرض نتائجنا على مجموعات من الأطباء لتعريفهم بعملية القياس والبيانات. وقد شــاركنا في الأداء على مســتوى المستشــفى

وتحدثنا عن عملية المسح، وشرح الطريقة التي طرحت بها الأسئلة، والطريقة التي يسمح للمرضى باستخدامها للإجابة، والمنهجية التي استخدمها برنامج التأمين الطبي لكبار السن (Medicare) لتسجيل الدراسات الاستقصائية وتوزيع النتائج. وتحدثنا إلى الأطباء في اجتماعات الاقسام والموظفين والقيادة وعقدنا عشاء لعامة أفراد المجتمع مع مجموعة الممارسين في القطاع الخاص وعلمنا بأن أطباؤنا يجهلون مقاييس الأداء في أعمالهم. حيث أن عدد قليل منهم يعرف ما هو تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS)، ناهيك عما يحتويه هذا التقييم من أسئلة تقييم كيفية تواصل الأطباء مع المرضى في المستشفى. وقبل إجراء مقابلة معي لمنصب المدير التنفيذي لتجربة المريض لم يكن لدي أي فكرة أيضًا حول كيفية تقيم المريض لمهارات الأطباء في التواصل.

كان من الضروري حصول الأطباء على البيانات. وعندما ترأس كوسغروف قسم جراحة الصدر والقلب والأوعية الدموية قبل أن يصبح الرئيس التنفيذي، كلف بتوحيد برامج جراحة القلب المفتوح في عيادة كليفلاند في شمال شرق ولاية أوهايو. إن الحصول على مجموعة من جراحي القلب للعمل معًا وتوحيد ممارساتهم بالتأكيد ليست مهمة سهلة. وكان أحد الأساليب التي استخدمها هي شفافية البيانات حيث أطلق برنامج الجراح الفردي وبيانات الأداء في جميع أنحاء القسم بحيث يمكن للجميع رؤية بيانات بعضهم البعض. واعتبر أن الأطباء وبخاصة جراحو القلب المتنافسون بطبيعتهم والذين يؤمنون بأهمية البيانات سيستخدمون الأرقام الشخصية كأداة تحسين وقد فعلوا[٤].

رأى كوسغروف أن توصيل البيانات للأطباء سوف يعمل على تقليل فترة تعلمهم لمعايير عملية تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) ويعمل على تحسين أداء الاتصال، لذلك قررنا أن ننشر نتائج التقييم الفردية لكل طبيب ممارس في مجموعتنا. واخترنا تحويل جميع درجات تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) إلى تصنيف المئينية بحيث يسهل على الأطباء فهم موقعهم في التقييم مقارنة بأقرانهم في جميع أنحاء البلاد. يضاف إلى ذلك، أن برنامج التأمين الطبي لكبار السن للشراء المبني على قيمة المستشفى (HVBP) تستخدم المئينية للحكم على الأداء وبالتالي فإن هذا من شأنه أن يوفر الاتساق.

كنت أشك في أن نشرنا للبيانات سيكون مثيراً للجدل إلى حد ما، وأن أطباءنا لن يحبذوا بالضرورة ما قمنا به. وقد أراد كوسغروف منا أن نعلن بشفافية الدرجات التي حصلنا عليها فورًا. وأتذكر أنه قال لي «علقها في غرف الاستراحة». ومع ذلك، فقد عملنا على ذلك بشكل تدريجي. على الرغم من الاجتماعات التعريفية فإن إلمام معظم الأطباء تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) مازال قليلًا، ناهيك عن أنه يتم تقييمهم بشكل فردي في الاتصال مع المريض. لقد سايرني كوسغروف ونشرنا نتائج تقييم كل طبيب مع شركائهم بشكل عشوائي وقد تزامن ذلك مع حملة كبيرة لتثقيف الأطباء حول عملية القياس.

إن توزيع البيانات الفردية على الأطباء أيضًا علمنا الكثير عن العملية التي نستخدمها لقياس مهارات الاتصال. أردنا أن نفهم بشكل أفضل ما يعتقده الأطباء حول عملية «المسح تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS)» نظرًا لأننا نعتمد عليها في البيانات الأساسية لتجربة المريض. وكما توقعنا بعدما تم الإعلان عن نتائج التقييم فقد بدأ الأطباء يبدون اهتمامًا أكبر بكثير بعملية المسح والبيانات. وقد تم تدريب الأطباء على تفسير البيانات وأصبحوا ماهرين في استخدام البيانات لتحسين سبل ممارساتهم. وقد بدأت الشكاوى والانتقاد لعملية تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) تنهال علينا من خلال في الهاتف والبريد الإلكتروني وتمثلت في التالي:

١. لا أستطيع الحصول على البيانات.

٢. لا توجد بيانات مقارنة.

٣. المعيار مرتفع جدًّا.

٤. حجم العينة الصغيرة.

٥. ليس لدي الدعم الذي أحتاج إليه.

٦. الناس الآخرون يؤثرون على النتيجة.

٧. درجاتي جاءت منخفضة لأنني أعمل بأكثر من طاقتي.

٨. لا أحد سيساعدني في الحصول على الأفضل.

جزء مني يريد أن يقول «انظروا، البيانات هي البيانات، ونحن لا نستطيع تغيير العملية، إنها اليد التي تعالجها الحكومة، لا يوجد شيء يمكننا فعله، لذلك لا تطلق النار على الرسول، لكننا أعددنا الردود على كل شكوى وعلى أهم الشكاوى لأنه كان من المهم جدًا معالجة قضايا الأطباء، ونحن بحاجة إلى تسوية ولن نحصل على ذلك من خلال تجاهل اهتمامات الناس.

لقد أصبحت الشكوى الأولى والثانية جدالية ونحن نوزع البيانات، وقد اخترنا المئينية الـ ٩٠ كمعيار لأنه معيار برنامج التأمين الطبي لكبار السن (Medicare) للمقارنة مع جميع المستشفيات والأطباء في الولايات المتحدة. وتمثل درجة «أ» المئينية الـ ٩٠ هذه والتي يجب علينا كمنظمة أن نكون عليه.

وإذا كان حجم العينة صغيراً جدًا فإن ذلك يعد ولا ريب انتقادًا صحيحًا. كما أن عدد الاستبانات الاستقصائية التي يتطلبها برنامج التأمين الطبي لكبار السن (Medicare) من المستشفى ليست صحيحة من الناحية الإحصائية. ونحن ننصح الأطباء وقادتهم بالنظر في اتجاهات الأرقام وتجنب رؤيتها كلمحة تاريخية تعبر عن الواقع الحالي. وإذا كان ترتيب الطبيب يأتي على المئينية العاشرة لربع سنة واحد فقط فإنه يحتمل أن تكون نتائج التواصل غير صالحة. ولكن إذا كان ترتيب الطبيب في المئينية العاشرة على مدى ثلاث أو أربع للسنة فمن المحتمل أن يحتاج الطبيب إلى تحسين مهارات اتصاله.

إن التعليق بأن «الآخرين يؤثرون على نتائج تقييمي» يعد أمرًا مهمًا. ويرتبط مجال الاتصال في تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) بالطبيب الذي لديه صلاحية الأذن بخروج المرضى. وإذا كان هنالك طبيب واحد فقط يعتني بالمريض أثناء تنويمه في المستشفى فمن السهل تحديد المساءلة ولكن العديد من الأطباء عادة ما يقدمون الرعاية للمرضى في المستشفيات. وعند تقديمي للخدمة فإني أرى مرضاي يوميًا إلى وقت خروجهم من المستشفى ولكن لا يزال هناك طلبة امتياز وأطباء مقيمون وزملاء آخرون يشاركون في الرعاية. إن المريض الذي لديه مشاكل طبية معقدة قد يقدم له الرعاية العديد من طاقم الأطباء لذلك فإن الآخرين يؤثرون على درجة الطبيب. ولكن تحقيق درجة عالية على هذا المقياس يتطلب عملًا جماعيًا وليس فقط أداءً

فرديًا. لقد قلت للأطباء بأن عملية تسـجيل النقـاط يتم تحديدها من قبل مراكز خدمات التأمين الطبي لكبار السن (Medicare) وخدمات التأمين الطبي للأسر والأفراد ذوي الدخل المحـدود (Medicaid)(CMS) وهو أمر لا يمكننا تغييره. ولكن تحديد من يسـاعدنا على رعاية المرضى هو أمر نختاره نحن، لذلك فإن لدينا التزامًا بالرقابة على استشاريينا وموظفينا. إذا كان الاستشـاري أو الطبيب المقيم لا يتصل بشـكل جيد مع المرضى، فإن هذا التفاعل السـلبي من المرجح أن ينعكس على درجات الطبيب المسؤول عند تقييمه من خلال تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) ولذلك ربما يجب علينا أن نختار استشاريين مختلفين.

ولإثبات هذه النقطة فعند تعريف الأطباء بهذه العملية فإنني أطلعهم على ربع بياناتي الشـخصية من تقييم مسـتهلكي خدمات المستشـفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) والمبنيـة عـلى نتائج مأخوذة من ٣١ مريضًا منومًا. سـبعة من تلك الحالات تتبع لـشركائي ولكن الحالات الأخرى إما أني قمت بتنويمهم عندما كنت مناوبًا أو أني قمت بمتابعتها لتغطية زميل عند سـفره زميل لي خارج المدينة. وبالنسبة لمجموع ٣١ مريضًا فقد وقـع ترتيبي في المئينية الـ ٥٠ في أداء التواصل. وفي حال قمت بإزالة(٧) من المرضى الذين ليسـوا من مرضاي فإن نتيجتي ارتفعت إلى المئينية الـ ٩٩. لقد فعلت ذلك ليس لكي أثبت بـأني متواصل رائع بـل لإلقاء الضوء على الواقع الذي يحدث في وحدات التي أعمل بها. إن رعاية المرضى المنومين في المستشفى تُعَدُّ رياضة جماعية ولدينا مسؤولية بأن نعمل ونضبط الفريق.

يشتكي العديد من الأطباء بأن نقاطهم في الاتصال كانت منخفضة لأنهم يقدمون الرعاية لعدد كبير من المرضى. وقد جادلوا بصورة مشروعة بأن هناك مفاضلة بين الإنتاجية والتواصل الجيد. ويتم التركيز على المستشفى الرئيسي لدينا للأعداد الكبيرة من الأخصائيين وقد أثبتت المنح الدراسية بأن الأعداد الكبيرة من الإجراءات أصبحت تؤدى بشكل أفضل جودة.

وقـد بحثنا هذه الحجة عن طريق فحص بيانات أداء مجموعة متجانسـة نسـبيًا من الممارسـين. إن لـدى عيادة كليفلاند واحدًا من أكبر برامج جراحـة القلب في العالم وأكثرها ازدحامًـا. فنحن أكبر مزود لخدمة جراحـة القلب في أمريكا وعدد المرضى كبير، أما المنافس

الثاني لنا فيبلغ عدد مرضاه نصف العدد الذي يأتينا. وكل جراح قلب لدينا منتج جدًا وحدة القيمة النسبية (RVU)[٥] للأداء. وهم في الأساس عبارة عن مجموعة مكونة من حوالي ١٠ جراحين من أعلى الجراحين في مجال عملهم، يعاينون مرضى لهم سجلات شخصية متقاربة، ولديهم معايير عالية جدًا في الجودة، ولهم مكاتب متشابهة ولديهم نفس الدعم الإكلينيكي. وقد حصل معظم هؤلاء الجراحون على درجات ممتازة في الاتصال بينما لم يحصل اثنان منهم على درجات ممتازة. وبينما كان هذا تحليلاً صغيرًا إلا أنه أوضح أن الأطباء ذوي الإنتاجية العالية يمكن أن يكون لديهم مهارات اتصال ممتازة.

وقد كان جراحو القلب وقادتهم من أوائل المتبنيون لمبادرات تجربة المريض. يقوم بروس ليتل (Bruce Lytle)، رئيس معهد سيديل وأرنولد ميلر لأمراض القلب والأوعية الدموية، بإحضار عائلة المريض إلى مكتبه بعد إجراء العملية ويتحدث معهم إلى أن يرتاحوا ولا يصبح لديهم المزيد من الأسئلة. وقد دعاني إلى التحدث في اجتماع قسم جراحة القلب والأوعية الدموية، وعرضت شريحة تبين نتائج مموهة لاتصال الأطباء. فالكل ما عدا اثنين كانوا في أو بالقرب من المئينية الـ ٩٠ وفي نهاية حديثي، أبدى ليتل رأيه قائلاً "الجميع يعرف هنا من لديه درجات منخفضة ولماذا وهذا سينتهي اليوم" فالجراحان لا يقومان بالمرور على مرضاهم بانتظام، ويعتقد ليتل بحق أن هذا انعكس على درجاتهم. وقد بدأ الاثنان في وقت لاحق بالمرور على مرضاهم بشكل روتيني مما أدى إلى ارتفاع درجاتهم في الاتصال. ويعد ذلك مثالاً عظيمًا على قيادة الطبيب على المستوى المحلي ويوضح كيف يكون لأسلوب بسيط كالمرور على المرضى تأثيرٌ معبرٌ عن تصورات المريض حول مهارات اتصال الطبيب. كما يؤكد ذلك أن المؤسسة ورؤساء الاقسام يمكن أن يدفعوا تجاه تحسين كبير في درجات الاتصال من خلال تحمل المسؤولية.

وتتمثل الشكوى النهائية التي أعرب عنها الأطباء حول تقييم بيانات مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) الذي يعطي بشكل خاص تغذية عكسية مهمة وعدم وجود مساعدة متاحة للتحسين. ومنذ أن بدأنا في مناقشة الدرجات طلب الأطباء أساليب يمكنهم استخدامها لتحسين درجاتهم. وفي حين أننا جمعنا بعض الأساليب التي تم تحليلها سابقًا في مجال معرفة تواصل الطبيب، وجاءت معظم

توصيات التحسين من سؤال أطباؤنا الذين حصلوا على درجات مرتفعة عن سر نجاحهم. إن بعض هذه الاقتراحات هي الفطرة الســليمة وتســتخدم من قبل العديد من الأطباء. ولكن استخدام كلُ منهم لها باستمرار خلال التفاعل مع المريض يعتبر أمراً بالغ الأهمية وتتضمن الاقتراحات التالية(٦):

١. عرف بنفسك وأخبر المريض وأسرته بمن هو المسؤول عن رعايتهم.

٢. ادعُ المريض بقولك "سيدي" أو "سيدتي" واستخدام اسم المريض إذا كنت تعرفه.

٣. شارك مع الممرضات في المرور على المرضى وناقش خطط الرعاية.

٤. تأكد من فهم المريض وأسرته لخطة الرعاية.

٥. حدد وقم بإدارة توقعات المرضى.

٦. أجب عن أسئلة المريض.

٧. أشرك الآخرين الذين قد يؤثرون على تصورات المريض كالأطباء المقيمين.

٨. احترام خصوصية المريض.

٩. اعترف بأن المرضى يحكمون عليك من خلال منظرك وما تقوله.

١٠.قم بإشراك عائلة المريض في المناقشات قدر الامكان.

١١.اسأل المرضى والزائرين كيف يتم التعامل معهم وفيما إذا كانوا يحتاجون إلى أي شيء.

١٢.ناقش إدارة الألم.

كما قام فريقنا بإنتاج دليل التواصل الشــامل حيث صممه أطباؤنا لأطبائنا وتم موازنة المعلومات فيه من بيئات ممارســة وتخصصات مختلفــة وذلك في أكثر من ٥٠ عيادة طبية خاصة وعامة مشاركة. وقد تم استخدام قائمة مرجعية سهلة مع اقتراحات بسيطة بالإضافة إلى مــواد تعليمية مكثفة بغرض إجراء الدراســة المتعمقة. إن توفــير المعلومات من أطباء مشــغولين والحفاظ عليه بشــكل عملي ومفيد قد أعطى للدليل مصداقية مع الممارسين في الخطوط الأمامية.

مهارات الاتصال تحتاج إلى تطوير:

إن نشر نتائج بيانات تقييم مســتهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) وتعريف الأطباء حول القياس وتوزيع دليل الاتصال لم تكن كافية. ذلــك أن الأطباء يعتبرون محــركات مهمة في منظمتنا، وهم كذلك من الأصول الحرجة التي تتطلب الاســتثمار المســتمر وعلينا التزام لمساعدتهم على التواصل بشــكل أفضل. لقد كنا بحاجة إلى برنامج جديد للمساعدة في تحسين مهاراتهم وتعليمهم كأطباء أساسيين على أن التواصل بشكل أفضل مع المرضى لن يكون سهلاً.

وعــلى مدى الســنة الأولى لي مديرًا تنفيذيًّا لتجربة المريض كان لي ولكبير الاستشــاريين جوزيــف هــان (Joseph Hahn) العديــد من المناقشــات حول كيفيــة التعامل مع هذا التدريب حيث يلزم توفير قدر كبير من الالتزام والموارد لتحقيق النجاح. ويجب على الأطباء أن يلتحقوا به بأعداد كبيرة وأن يدركوا أنه جدير بالاهتمام وأنه سيكون هناك عزوف ونقد للبرنامج. كما أن البرنامج ســيؤثر بشــكل مباشر على العلاقة المقدسة بين الطبيب والمريض. وكنت أشتبه أنها ستكون واحدة من أصعب الأشياء التي سوف نفعلها في تجربة المريض.

لقد أسســت أنا وهان بعض القواعد الأساســية للبرنامج. كما أننــا اتفقنا على أن يقودَ البرنامــجَ أطباء محترمون من الخطــوط الأمامية. ليس من الممكن أن يكون الأطباء ممن في القيــادة أو من أولئك الذين هم في بداية أو نهايــة المهنة ومحتاجون إلى شيء يقومون به. كما أن مجموعة العمل بحاجة إلى أن تشمل المؤيدين وغير المقتنعين تمامًا. ومن شأن وجود جرعة صحية من الواقعية والتشكك أن يكفل وجود برنامج أقوى وأكثر نجاحا بكثير.

وأخيرًا كان من الضروري أن يكون البرنامج عمليًا وتفاعليًا بحيث يخدم ويراعي بفاعلية العاملــين في المجــال الطبي لدينا ذوي الشــهرة العالمية والأداء العــالي. كما يجب أن يكون التدريــب وثيــق الصلة بالأطباء المشــغولين في خط المواجهة مع المرضى ويجب ألا يســهم التدريب فقط في تحسين كيفية التواصل مع المرضى بل بكيفية ممارستهم للطب. ويجب أن يركز التدريب بشــكل كبير على تحســين فعالية وكفاءة الأطباء وخبرتهم كما يجب أن يعزز تصورات المريض بخصوص التعامل والتواصل مع الطبيب. وفي حين كان لدينا فكرة بسيطة عما سيكون عليه البرنامج النهائي، كنا نعلم أن إلقاء المحاضرات من غير الأطباء إلى مجموعة

من الأطباء ذوي الخبرة في الفصول الدراسـية حول تحسين مهارات الاتصال الخاصة بهم لن يجدي نفعًا.

لقد أخذنا درسًـا مهمًّا من عالم التعليم التمريضي حيث يمكن للخبراء من غير الممرضات تعليم الممرضات حول أي موضوع باستثناء ممارسة التمريض حيث لا يوجد لهم مصداقية. يمكن للممرضات فقط تعليم الممرضات حول معايير الممارسة. لماذا يجب أن يكون مختلفا مع الأطباء؟ حيث كان البرنامج يدار ويدرس من قبل طاقم الموظفين على رأس العمل الذين يتمتعـون بالخبرة الإكلينيكية والمصداقية. على الرغم من وجود برامج في المستشـفيات في جميع أنحاء الولايات المتحدة تسـتفيد من اسـتعمال مهن مختلفـة (ممرضات، أخصائيين اجتماعيين، إلخ) لمسـاعدة الأطباء على تحسـين مهارات الاتصال حيث شعرنا أننا يجب أن نستخدم فقط الأطباء.

لا أعتقد أنه بالإمكان أن أتلقى تدريبًا ناجحًا لتحسـين مهارات اتصالي بالمريض من قبل أقران ليسـوا بأطباء. فقد يكون له أو لها وجهات نظر وخبرات مختلفة عني، ولكني أعطي قيمة عظمى للشـخص الذي شـارك فعليًا في تجربة رعاية المرضى كونهم مسؤولين في نهاية المطـاف عنهم ولامتلاكهم لتجربة المريـض طبيًا وعاطفيًا، كما حاولـت أن أفعل كطبيب. فنحن نعمل في منظمة يقودها طبيب، ويجب على قادتنا أن ينموا مهارات متمحورة حول العلاقـات، لأن جميع الموظفين الآخرين يراقبون سـلوكنا. وكان فريقنا أيضًا حساسًـا حول تجنب اختلاف القوى بين الأطباء وغيرهم من مقدمي الخدمة الأخرين في المستوى الطبقي في المنظمة.

أردنـا بدء التدريب مع موظفينا من الأطباء ولهذه الأسـباب وجدنا قائداً لنا في أدريان بويـسي (Adrienne Boissy) وهي طبيبة أعصاب وأخصائية علم الأعصاب في مركز عيادة ميلـن للتصلب المتعدد (Multiple Sclerosis). وبصفتها قائدة في مجال تجربة المريض في معهد علوم الأعصاب، كان لديها العديد من المشـاريع الناجحة للغاية، بما في ذلك مشاريع لتحسـين مهارات الموظفين والمقيمين في مجال الاتصالات. فقد كان لديها شـغف لمشـاركة المريـض والاتصال وكانت طبيبة محترمة في عيـادة كليفلاند. في صيف عام ٢٠١٠م، طلبت أنا وهان مـن بويسي أن يجمع ويقود فريقًا مكونًا من مهنيين طبيين آخرين لبحث ووضع

معيــار، وتصميم وتطوير وتجريب برنامج لتحســين مهارات الاتصــال للطاقم الطبي. وقد وافقــت بشرط واحد وهو أن نتائج التدريب لن تحســب أي تحســن ضمــن نقاط تقييم مســتهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS). معللة ذلك بأن أســئلة تقييم مستهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) لم تؤطــر ما يشــكل حقاً العلاقة بين الطبيب والمريــض وأن مقدمي الرعاية الصحيــة لم يلهموا تلقائياً تغيير الســلوك بســبب الأرقام القابلة للخطــأ. وبدلًا من وجود ضرورة تنظيميــة لتغيير النتيجة، اعتقدت بويسي أن منهج الاتصال يجب أن يعترف بالعمل غير العادي الذي يقوم به مقدمو الرعاية الصحية والاستفادة من خبراتهم ورؤاهم. ودعت بنجاح كبير إلى أن هذا كان بقدر ما يدور حول تعزيز ممارسة الطبيب كما كان حول تحسين تصورات المريض وقد كنا متفقين معها.

التدريب على التواصل يجب أن يكون عمليًا:

لقــد كانت تهمتنا محددة جدًّا حيث إنه يمكن أن يقوم البرنامج على نظرية، ولكن كان يجب أن يكون عمليًا ويدرس بشــكل تفاعلي لكي يمارس الأطبــاء مهارات جديدة. ويحتاج البرنامــج إلى أن يكون قابــلاً للتطبيق على جميع الأطباء ونقاط اســتقبال المرضى وذا صلة بطبيعة زحمة عمل الأطباء. كان يجب أن يكون البرنامج مفيدًا للأطباء الذين جلبوا مهارات فعالة للطاولة وكذلك الأطباء الذين يواجهون تحديات خاصة بالاتصال، دون أن ينظر إليها على أنها علاج. وكانت المصداقية والمنفعة ذات أهمية قصوى، نظرًا لأن العديد من الأطباء قد لا يرون حاجة للتدريب.

وقد ضمت بويسي (Boissy) للنقاشــات المبدئيــة كلًّا من تيموثي جيليغان (Timothy Gilligan) وهــي أخصائيــة أورام صلبة وكانت شــغوفة أيضًا بتحســين اتصالات المريض، وفي جــي فيلز (V. J. Velez) وهو طبيب في المستشــفى، وديفيد تايلور (David Taylor) وهو طبيب قلب تداخلي، وديفيد فوغت (David Vogt) وهو جراح زراعة كبد، وســاول نوركو (Saul Nurko) وهو أخصائي كلى، وأيمي ويندوفر (Amy Windover) وهي طبيبة نفســية ومديرة تدريب مهارات الاتصال في كلية عيادة كليفلاند ليرنر الطبية. وقد تعددت تخصصات أعضاء الفريق ســواء الطبية أو الجراحية وكانــت مدة الخبرة العملية من ٧ إلى

حوالي ٣٠ عامًا. وكان كل عضو في الفريق طبيبًا مشغولاً، ولم يعتقد أحد أن هناك حاجة إلى برنامج أو أنه سيكون ناجحًا. وفي الواقع فعندما عينت بويسي (Boissy) ميسرين للتدريب فقد اختارت العديد من الذين كانوا يحظون باحترام كبير داخل المنظمة وفي مجالات عملهم، على الرغم من كوننا غير متأكدين فيما إذا كانوا مهتمين بالتدريب على مهارات الاتصال. وقد كانت مساهماتهم حاسمة لفهم كيف تلقى واستجاب كلٌّ من المؤيدين والمشككين للبرنامج.

وقد فحص الفريق نماذج وبرامج تواصل مختلفة، لكنه ركز في النهاية على نموذج العادات الأربع (Four Habits Model)[٧]. الذي وضعه ريتشارد فرانكل (Richard Frankel) وتيري شتاين (Terry Stein) وتم التحقق من صحة نموذج العادات الأربع تجريبيًا وهو يخلق إطارًا للقاء السريري وبخاصة في إطار العيادات الخارجية.

وقد تعاقدنا مع طبيب-مدرب من الجمعية الأمريكية للاتصالات في مجال الرعاية الصحية (AACH) لتدريب ستة أطباء إكلينيكيين ليكونوا ميسرين قادرين على تدريب أطباء آخرين. أمضى كل طبيب ما يعادل أسبوعًا كاملاً في التدريب وكان ذلك مفيدًا لبدء الجهد وتوثيق العلاقات بين أعضاء الفريق الأساسي.

وفي ظل وجود ميسرين مدربين معنا فقد طورنا من استخدام نموذج العادات الأربعة إلى نموذج يتناسب بشكل وثيق منظمتنا ومقدميها ووضعنا برنامجًا تدريبيًا مخصصًا لنا لميسري المستقبل وللمشاركين من الأطباء.

لقد صممنا دورة لمدة يوم واحد بعنوان مداخل التواصل في الرعاية الصحية (FHC) لتعليم الأطباء مهارات التواصل المرتكزة على العلاقة. حيث عمل فريق مكون من شخصين على تدريب مجموعة مكونة من ٨ إلى ١٠ أشخاص. وركزت الدورة على المتعلمين والتفاعل الفردي وممارسة المهارات مع نفس المرضى[٨] ومع بعضهم البعض، ويزيد تعقيد المهارات على مدار اليوم، ويقوم الميسرون بضبط التدريب بناءً على احتياجات الأطباء الفردية. وقد علق الأطباء الذين أكملوا الدورة بأنها تنطبق جدًا على الممارسة الإكلينيكية، حتى إن أكثر المشككين غادروا الدورة مكتسبين مهارات جديدة.

فمنذ بداية إلى نهاية الجلسات الطويلة، شارك الميسرون بنشاط في فرص تعلم ذات صلة بالمشاركين. وتم استخدام مجموعة متنوعة من الإستراتيجيات التعليمية، بما في ذلك

النمذجة، وتسـهيل المجموعات الصغيرة والكبيرة، واسـتعراض الفيديو، وممارسة المهارات مع نفس المرضى والسـيناريوهات الواقعية. كما عززت الدورة من التغذية الراجعة للأقران والانعكاس الذاتي بالنسبة لغالبية المتعلمين، بدلاً من النهج الإلزامي.

وقد اخترنا ميسرين جدًا بعناية وتعمدنا أن تشمل وبشكل متزايد تخصصات ووجهات نظـر وخبرات عمليـة متنوعة. وفي نهاية المطـاف أخذنا في الاعتبار من سـيعمل كمدرب مهارات تواصل للأقران. لقد تعلمنا مبكرًا أن أي شـخص يريد أن يكون ميسرًا أو أن الناس تحب ذلك الشـخص لا يعني هذا أنه مناسـب لهذا الدور. وكثيراً ما نطلب من أحد أعضاء فريق القيادة مقابلة الميسرين المحتملين، فضلًا عن التباحث مع رؤسائهم وأحيانًا حتى مع أقرانهم.

ولأن الرهانـات عاليـة، يجب أن يبدو تجمع ميسري الفـرق مثل عدد الأطباء ويعكس المتعلمين لدينا. البعض يستجيب لنهج أكثر استبدادية، في حين أن البعض الآخر أكثر رعاية. يسـيطر الطبيب الميسر المخضرم باحـترام، في حين أن الموظفين الأصغر سـنًا لديهم مرونة أكبر وحماس. وكلما أمكن فإننا نقرن المعلمين مع متخصصين، فعلى سـبيل المثال: جراحون يعلمون الجراحين. فلن نختار أبدًا طبيب أطفال أنهي فترة الإقامة في المستشفى لكي يدرب جراح قلب متمرسًـا ذا خبرة ٢٠ سنة حول سبل تحسـين التواصل. فنحن متيقنون من أنها سـتكون تجربة سيئة لكليهما. إن مطابقة الأقران يجعل من الصعب أكثر على الطبيب من ذوي الخبرة رفض التدريب. وكان هذا واحدًا من الأفكار الرائعة التي طورها الفريق وعاملاً حاسماً في نجاح البرنامج.

وعنـد تنفيذنا لدورة مداخل التواصل في الرعاية الصحية (FHC)، حدد فريقنا الثغرات المهمة ونتيجة لذلك صَمَّم ونفذ إطارًا جديدًا للملكية (Ownership)، والعلاقة وتأسيسـها والتطوير، والارتباط (Engagement) ريد (REDE) ممثلة في نموذج التواصل (Model of Communication). ويركز بشـكل صريح على بناء العلاقات، مع المكونات الرئيسية لدفع مشـاركة الطبيب ورضاه، فضلًا عـن الامتثال والتخفيف من مخاطر الممارسـات الخاطئة. ويعترف النموذج بعلاقة الرعاية الصحية باعتبارها مفيدة للمرضى وللأطباء على حد سـواء، كما أن معرفة احتياجاتهم والعناية بها كان أمرًا بالغ الأهمية بالنسبة للأطباء. يشجع نموذج

ريـد (REDE) على التعاطف طوال الفحص السريري وهو مـرن لكل من المرضى المنومين ومرضى العيادات الخارجية. وتستخدم فن الاستذكار لتحسين التذكر.

وفي البداية كان هناك ضغط لتدريب كل موظف في المنظمة قبل التعامل مع مشـاكل طاقـم العمـل. وقد ردت بويسي (Boissy) معتبرة أن هذا هـو الطريق الأقل مقاومة ولن يؤدي إلى تغيير مستديم. وقالت إن إرسال طاقم مدرب إلى الخارج مع طاقم غير مدرب لا يتواصل على نحو فعال سيؤدي إلى التراجع عن التدريب. وأكدت أنه يجب تدريب النماذج التـي يحتذى بهـا أولاً. وحاليًا يتم تدريـب جميع الأطباء الجدد وأعضـاء طاقم العمل في برنامج تدريبي عن التواصل مدته يوم واحد كجزء من التأهيل.

وتبين بالدراسة أن التواصل الجيد بين مقدمي الخدمات والمرضى يحسن من رضا المرضى[٩]، والتوتـر العاطفي للمريـض[١٠]، والامتثال للعلاج والالتزام بـه[١١]، نتائج صحة المرضى(١٢)، الأخطاء الطبية وسوء الممارسة[١٣]، ورضا الطبيب بشكل ملحوظ[١٤]. لقد كانت نتائج الأطباء الذين أخذوا دورة مداخل التواصل في الرعاية الصحية (FHC) متميزة وفي تحسـن مستمر سواء في التواصل مع المرضى المنومين أو مرضى العيادات الخارجية.

كما أن عيادة كليفلاند قامت بالتأمين الذاتي ضد سوء الممارسة ولديها فريق دفاع قانوني مقتدر جدًا، مما أسـهم في تخفيض الصرف على المخاطر وسـوء الممارسـة الطبية. فالأطباء الذين لديهم درجات عالية في التواصل لديهم أقل دعاوى ومخاطر سـوء الممارسـة بحسب ملفاتنا الشخصية بشكل عام، مما يدعم أهمية التدريب.

كما قـام الفريق بجمع بيانات عن جودة الحيـاة (Quality of life data) المبلغ عنها من قبل الأطباء الذين أخذوا البرنامج، وهناك أدلة مسـتجدة على أن هذه الدرجات آخذة في التحسن أيضًا.

وكان مقيـاس التحقق الأكـثر صحة هي مما يرويـه الأطباء بتلك التجـارب. وقد أخذ الأطباء المتشككون وأحيانًا حتى الخصوم التدريب ليوم واحد وأيقنوا بأهميته. وعلق إريك كلين (Eric Klein) بعد أخذه للبرنامج بصفته طبيب مسـالك بولية محنكًا ورئيسًـا لمعهد جليكمان للمسـالك البولية والكلى (Glickman Urological & Kidney Institute) كما أنه قائد في تجربة المريض ومتواصل ممتاز قائلاً إنه كان يعتقد بأنه لا يوجد شيء يمكن أن

يتعلمه. وقد أعجب مع عمق وشمولية البرنامج وأرسل على الفور بريدًا إلكترونيًّا إلى جميع الأطباء المعهد ينصحهم بأخذ الدورة.

وفي عــام ٢٠١٢م من تجربة المريــض عقدت قمة التعاطف والابتكار، ترأســت بويسي (Boissy) لجنة ضمت إدوارد بنزيــل (Edward Benzel) جراح الأعصاب، وتوماس رايس (Thomas Rice) جراح الصدر وكليهما لديه أكثر من ٢٥ عامًا، حيث ناقشت اللجنة نموذج ريــد (REDE) والتدريب على التواصل. حيث وصفوا كيف غيرت الطريقة التي يبنون من خلالها لقاءاتهم مع المرضى والتي جعلتهم أكثر كفاءة وفاعلية[١٥].

وقد ســلطت اللجنة الضوء على ميــزة مهمة جدًّا حول تدريــب أطبائنا على التواصل. وتماشــيًا مع إلحاح بويــسي (Boissy) الأصلي، فــإن البرنامج ليس حول تحســين تصورات المريض، بل بالأحرى حول بناء مهارة الطبيب. نحن ننفق موارد هائلة كل عام لنتعلم كيف نمارس مهاراتنا من خلال برامج التعليم الطبي المستمر (CME) الشاملة. ولكن نحن لا نوفر الوقت في تعلم طرق لتحســين كيفية ممارسة الطب. وعادة لا يكون للأطباء تدريب رسمي على كيفية التفاعل مع المرضى، واكتســاب مهاراتهم الشــخصية عمومًا من خلال مشاهدة الموجهــين والأطباء الآخرين. يمكن تدريس وتعلــم التواصل مع المريض تمامًا مثل أي مهارة طبيــة أخرى كما أن الممارســة تجعلنا أفضــل. فنحن لا نعلم الأطباء فقــط كيفية التواصل بشــكل أفضل، بل نســاعدهم على تعلم أفضل الطرق للممارســة. وهذا هو التفريق المهم الذي يضع هذا البرنامج بشكل منفرد.

علينا أن نساعد الأطباء الممارسين في القطاع الخاص:

بدأنا في ديســمبر ٢٠١٢م نشر بيانات تقييم مســتهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) ربع الســنوية عن النقاط التي حصل عليها الأطباء في التواصل وذلك للأطباء الممارســين في القطاع الخاص المتميزون في مستشفياتنا المجتمعية. وكانــت جميع البيانات معلنة. وعندما ناقشــنا أولًا نشر البيانــات، كان هناك قلق من أن ذلك من شــأنه أن يغضب الأطباء. ولكن هذا ما يقوله المرضى عنهم، وليس ما نقوله عنهم. وهــذا لا يختلف عــن أن المرضى يبثون شــكاويهم من خلال وســائل التواصل الاجتماعي.

يضاف إلى ذلك، أنها ما تراه فرق القيادة الطبية والإدارية. هي قيادة الطبيب وفرق الإدارة تشــهد. ويبدو أنه من العدل فقط تبادل البيانات مع أطبائنا الممارســين في القطاع بدلًا من الحديث خلف أبواب مغلقة. لقد دفعنا بهذه المعلومات إلى الأطباء في المجتمع لأننا نعرف مــا هو قادم في البيئة، ولا ينبغي أن يكــون مقدمو الخدمات مغيبين عندما تقوم الحكومة بفرضه. لدينا التزام بمســاعدة الأطباء الذين يهمهم تحسين مستوى المرضى. والمثير للدهشة أنه لم يكن هناك سوى تذمر من عدم الرضا. والعديد من الأطباء ليس لديهم أي فكرة عن البيانات المطلوبة للتحسين ولا أنه قد جُمِعَت.

فنحــن نرد عــلى هذه المطالبِ ونعدل البرنامج لمســاعدة الأطباء الممارســين في القطاع الخاص. فرعاية المرضى تعتبر شراكة، ونحن جميعا لدينا مســؤولية مساعدة بعضنا البعض. إن الرسائل التي اعتمدناها لزملائنا الممارسين في القطاع الخاص هي أن الاستثمار في تحسين مهارات التواصل والعلاقات هو حق للمرضى ولأنفسنا وتساعدنا على القيام بوظائفنا بشكل أكثر فعالية.

وباتباع المبدأ نفسه القائم على استخدام الأطباء الأقران، قمنا بتدريب اثنين من الأطباء الممارســين في القطاع الخاص ليكونا الأطباء الميسرين. وباستخدامهم مع طاقم الأطباء لدينا، قمنــا بتدريب عدة مجموعات من الأطباء الممارســين في القطــاع الخاص. وعلى حد علمنا، كانت هــذه هي المرة الأولى التي يوفر نظام الرعاية الصحية تدريب الأطباء الممارســين في القطــاع الخاص على التواصل طيلة يــوم كامل. وعندما يأخذ الأطبــاء العاملون إجازة من العمل فإن رواتبهم تصرف لذلك اليوم، وعندما يأخذ الأطباء الممارســون في القطاع الخاص إجــازة فإنهم يفقدون دخلهم؛ لذا فإننا بحاجة إلى وضع حوافز لهم للالتحاق بالبرنامج. لذا فلقد عرضنا البرنامج بحيث يحتســب كســاعات تدريب طبي مستمر واستكشفنا خيارات أخــرى مثــل بدء البرنامج في وقت متأخــر من اليوم وتنفيذ المواد في الفترة المســائية أو في عطلة نهاية الأســبوع. إن مساعدة الأطباء على تحسين مهاراتهم في التواصل سيحسن رعاية المرضى، مما يؤثر في النهاية على السلامة والجودة، لذلك نحن مصممون على جعل التدريب متاحًــا لأكبر عدد ممكن من أطباء المجتمع. لقد بدأنا للتو طرح البرنامج إلى مستشــفياتنا المجتمعية. وقد اقترحت اللجنة التنفيذية الطبية في أحد مستشــفياتنا المجتمعية الكبيرة أن

تطلب الدورة كجزء من عملية اعتمادها وامتيازاتها. وقد عمل فريقنا مع مجموعة من الأطباء الممارسين في القطاع الخاص لضمان أن المحتوى ينطبق على بيئة الممارسة الخاصة بهم. وإدراكًا لأهمية وتأثير تحسين مهارات تواصل الطبيب، وافقت شركة الأطباء، وهي واحدة من أكبر شركات التأمين على الممارسات الخاطئة في الولايات المتحدة، على تقديم خصومات لأقساط التأمين للأطباء الممارسين في القطاع الخاص الذين يأخذون الدورة.

لقد نجح تدريبنا في التواصل بشكل كبير مما جعلنا ننشئ مركز التميز في التواصل في الرعاية الصحية (CEHC). ولا يقدم المركز فقط دورة مداخل التواصل في الرعاية الصحية (FHC) ولكنه يقدم منهج التواصل المتقدم متعدد التخصصات، يقوده فريق مدرب تدريباً مكثفًا من الميسرين الأقران. ولدينا الآن نخبة من الأطباء المدربين الذين تسعى مؤسسات رعاية صحية أخرى لطلبهم لكي يدربوا أطباءهم. إن أحد أعظم إنجازات فريقنا هو خلق برنامج تدريب الميسرين الذي يقوده أيمي ويندوفر (Amy Windover)، الذي يدرب أطباء من مجموعة متنوعة من التخصصات الطبية والجراحية المختلفة، تتضمن علم الأعصاب، طب المستشفى، جراحة القولون والمستقيم، أمراض القلب التداخلية، الجراحة العامة، جراحة النساء، طب الأطفال، وجراحة القلب والأوعية الدموية. كما قمنا بتدريب ميسري تقديم الرعاية الإكلينيكية المتقدم لكي يتولوا قيادة تدريب التواصل لمجموعات النظراء. يمزج التدريب المهارات والنظرية والأدبيات المبنية على الأدلة، وتيسير المجموعة. في جميع ونتعامل مع الزملاء المشاركين معنا خلال تدريب الميسرين بنفس الطريقة التي نتوقع منهم أن يعالجوا بها مرضانا وعائلاتهم. يعقد ويندوفر (Windover) كذلك اجتماعات فصلية لأعضاء هيئة التدريس لمواصلة تطوير مجموعة مهارات الميسر والتأكد من اتساق الأساليب. ولعل هذا التدريب والعمل قد يلخص على أفضل وجه من قبل الميسر الذي كتب: «هذا هو أفضل شيء عملته طوال حياتي المهنية حتى الآن».

ولقد راجع كوسغروف وهان (Cosgrove and Hahn)، فضلًا عن الفريق التنفيذي بأكمله، البرنامج حيث تحسن كل مقياس تابعناه، مشمولًا في ذلك تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS)، وتقييم المستهلكين لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (CAHPS) الإكلينيكي والجماعي، وشكاوى المرضى. ولكن

تعليقات الأطباء الذين التحقوا بالبرنامج دون اقتناع بأنه سيساعدهم ومن ثم تبين لهم بأن من شـأنه أن يحدث فرقًا في ممارسـتهم كانت أكثر اسـتحقاقًا بالتتبع. وبلا شك فقد كانت بويسي (Boissy) على حق. وهذا ليس حول تحسـين تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) بل يتعلق بخلق تجربة لمقدمي الخدمات لدينـا الذيـن نحتفل بخبراتهم، والذين يبنـون علاقاتهم مع بعضهـم البعض ومع المرضى، ويجهز الأطباء بشكل أفضل لتوفير رعاية مدهشة في كل مرة لكل مريض.

وباختصار:

١. التواصل الفعال للطبيب يعد عنصرًا حاسـمًا مـن تجربة المريض. وهو لا يؤثر فقط على الرضا بل يؤثر على سـلامة المرضى وجودة الرعاية أيضًا. ويعتقد معظم الأطباء بأنهم متفوقون في التواصل مع المريض، ولكن البيانات تشـير إلى عكس ذلك. وبمثل العلاج الطبي الجديد أو المهارات الجراحية، فيمكن تدريس مهارات الاتصال الفعالة وتتطلب ممارسة وصيانة للكفاءة.

٢. إن تحسـين مهارات الاتصال ليست فقط حول تحسين تجربة المريض. بل هي حول تطوير مهارات الطبيب الأساسية. هذه مجالات تنمية ليس لدى الأطباء عادة فرصة للعمل عليها، كما أنها مهارات ليست موضع تقدير تقييمها في كثير من الأحيان من قبل قادة المستشـفيات والمنظمات الصحية. يتـم تعويض الأطباء من خلال التعليم الطبي المستمر لقيادة ممارسات أكثر كفاءة وفعالية وإنتاجية. إن التطوير الشخصي للمهارات الحرجة مثل بناء العلاقات ونمط الاتصال لا يحظى باهتمام كبير. لا بد من الاعـتراف بأن هذه المهارات مهمة للتطوير المهنـي للأطباء وكذلك تطوير مهاراتهم الطبية.

٣. إن نشر بيانات الاتصالات للأطباء تُعَدُّ خطوة أولى حاسمة في التحسين حتى يتمكنوا من فهم كيفية قياسها وأين يقفون مع المرضى. الكثير من الأطباء لم يسبق له أن رأى مثـل هذه البيانات وكان سريعًا في الإشـارة إلى أوجه القصور. إن التعرف على قيود البيانات أمر مهم ولكن بشكل اتجاهي تكون البيانات دقيقة بشكل عام. فإذا تلقى

الأطباء مرارًا وتكرارًا درجات منخفضة، فإن هنالك على الأرجح مشــكلة فيما يتعلق بكيفية اتصال الطبيب مع المرضى.

٤. إن أســاليب تحســين اتصالات الطبيب الأكثر فعالية هي تلك التي يقودها الأطباء. ويُعَــدُّ تحســين مهارات اتصال الطبيب تغيير ســلوك شــخصي جدًّا. كــما أن إجراء محادثات حاسمة مع الأطباء الذين مارسوا العمل لفترة طويلة أن ما يقومون به قد لا يكــون فعالًا كما كانوا يعتقدون دائمًا هو وضــع دقيق ويتطلب الرعاية. ولتكون فعالًا فأعتقد أن أقران الطبيب المذكور يمكن أن يشرعوا في هذه المحادثة ويستثيرون انتباه الأطباء ويستخدمون الأطباء لدفع تغيير السلوك بين زملاء الطبيب.

٥. ولتحسين مهارات الاتصال والعلاقات مع الأطباء فإن التدريب القائم على الأقران في جلســات تعلم مجموعة صغيرة هو النمط الأكثر فاعلية من التعلم التوجيهي. يمكن الاستفادة من المشاركين في المجموعة للمساعدة في تعليم زملائهم وهم يشاركون في التدريبات.

٦. العديــد مــن الأطباء لديهم خبرات جيدة في المشــاركة والتواصل مع المرضى لذا فإن جمــع أفضل هذه الخبرات من الأطبــاء في المنظمة التي تعمل بها ومشــاركتها مع الآخرين هو وســيلة سريعة لمســاعدة الآخرين على تحســين قدراتهــم في التواصل ويثبت بأنك تجعل من منظمتك مرجعًا للمساعدة في الدفع للتحسين.


۲۷۰

الفصل الثاني عشر
أن نجعل المرضى شركاء لنا


۲۷۲

الفصل الثاني عشر

أن نجعل المرضى شركاء لنا

إذا ساعدت في قيادة تجربة المريض من أعلى إلى أسفل فإنَّ ديف ديبرونكارت (Dave deBronkart) يقودها من أسفل إلى أعلى. ديبرونكارت هو أحد الناجين من السرطان الذي تم تشخيصه في المرحلة الرابعة من سرطان الخلايا الكلوية في عام ٢٠٠٧م. وقد انتشر المرض إلى رئتيه وع ظامه وتم إبلاغه بأن متوسط مدة بقائه على قيد الحياة تراوح الأربعة والعشرين (٢٤) أسبوعًا. لقد كان لديه قصة مذهلة [١]. فبعد سبع سنوات تحول ديبرونكارت من مريض إلى مشارك في حملة (crusader)، وعمل على دفع تمكين المرضى في جميع أنحاء العالم. ويعتقد ديبرونكارت بأن يتناول المرضى زمام الأمور فيما يتعلق برعايتهم الصحية ودعا إلى تحول في ميزان القوى من مقدمي الخدمات إلى المرضى. ويستخدم ديبرونكارت لقب ديف المريض أي (e-Patient Dave)، حيث إن حرف e يعني «ممكَّنين، مُجهَّزين، مثقفين، مشاركين، وخبراء» تلك هي الخصائص التي يعتقد أنها ضرورية للمرضى لكي يكونوا شركاء ناجحين في رحلتهم مع الرعاية الصحية.

لقد التقيت بديبرونكارت لأول مرة أثناء انعقاد حدث TEDMED 2012 في العاصمة واشنطن، عندما شاركت أنا وهو في مقابلة مشتركة، وسئل كلانا: «ما الذي يجعل شراكة الطبيب والمريض تزدهر؟»، [٢] «من هو المسؤول حقًا عن رعايتك الصحية؟، هل هو أنت أيها المريض أم أنه الطبيب؟ وقد لاحظ ديبرونكارت أن الغالبية العظمى مما يفعله الناس لرعاية أنفسهم وأسرهم هو العناية بأنفسهم في المقام الأول، ولكن أحيانًا تضمحل مهاراتي ومعلوماتي فأذهب إلى طبيبي ولذلك فهي حقًا شراكة. لقد أقررت مصرحًا بأن مسؤولية الرعاية الناجحة هي ملك للمرضى وللأطباء.

فقط عندما تكون هذه الشراكة قوية يمكن أن نضمن أن مقدمي الرعاية يقدمون رعاية آمنة وعالية الجودة في بيئة يتم فيها تحقيق توقعات المرضى ومن ثم رضاهم. فالمرضى بحاجة إلى أن يكونوا أكثر انخراطًا، وأن يطرحوا المزيد من الأسئلة وعليهم فهم ما يمكن

توقعه. كما يحتاج المرضى إلى أن يصبحوا مناصرين لقضاياهم، وإذا كانوا غير قادرين أو غير راغبين في ذلك، فيجب على أفراد العائلة أو الأصدقاء التدخل للمساعدة.

وقــد تكون هذه الفكرة مثيرة للجدل لدى بعــض المناصرين لقضايا المرضى، وقد تكون غير مرغوب لدى الآخرين. وســوف يجادلون بأن مقدمي الرعاية يتحملون مسؤولية توفير المعرفة والحماية والاتصال والتعليم للمرضى لأنهم ببســاطة غير مســتعدين ليكونوا شركاء بالتســاوي. وأنا لا أختلف مع ذلك تماماً حيث إن وظيفة العاملين في مجال الرعاية الصحية وخاصــة الأطباء والممرضين هــي الدفاع عن المرضى وهي كذلــك وظيفتنا جميعاً كمثقفين ومقدمــي رعاية. ومع كون المرضى لديهــم عيب واضح فيما يتعلق بمعرفة الرعاية الصحية، إلا أنه ما من أحد يعرف تاريخه الشخصي أو جسمه أفضل من المريض.

ولكــن تقديم الرعاية الصحية عادة ما يكون أحــادي الاتجاه تمامًا، في بيئة يصعب على المرضى أو الأسر العمل كداعمين ناجحين. وعلى مر التاريخ كان الأطباء هم المعالجين الذين يكونــون على الأرجح شــيوخًا يمارســون العمل الروحــاني تقريبًا. وقد احتــل الأطباء مركزًا اجتماعيًا عاليًا بل ملكيًا وكان لديهم المعرفة التي لم يتم التشــكيك ولا الطعن فيها. وعلاوة على ذلك، فإن المستشــفيات هي أماكن مرعبة وغــير مألوفة. والمرضى تواقون وقلقون وفي بعض الحالات يشــعرون بالرعب حيال حالتهم وما إذا كانوا سيبقون على قيد الحياة. وهم يقعــون في خضوع متنام ويصبحون خائفين من أن تحدي فريقهم للرعاية الصحية ســوف ينعكس على العلاج الذيً يتلقونه. وقد أجرت عيادة كليفلاند مقابلات عشــوائية مع ١٠٠٠ مريــض من مختلف أنحــاء الولايات المتحــدة ووجد أن أقل من نصفهم يطرحون أســئلة ويطعنــون في أطبائهــم، كما يثق ثلث المرضى في كل ما يقوله أطباؤهم. وقال ثمانية في المئة منهــم بأنهــم إذا كانوا لا يتفقون مع الطبيب فإنهم ســوف يذهبون إلى طبيب جديد آخر بدلًا من إثارة التحدي.

عدم ارتياح أعضاء الأسرة كمدافعين عن المريض:

إن تجربة والدي مثالٌ جيدٌ على هذا الســلوك. فوالدي لا يحب إطلاقًا الذهاب إلى الأطباء ولحسن الحظ فقد كان يتمتع بالصحة معظم حياته وكان يشكو من أمراض بسيطة فقط.

وفي نهاية المطاف أقنعته العائلة بأن يرى طبيب الباطنة لإجراء فحص طبي شامل كل سنة. أتذكر عندما كنت اجلس في مهجعي بعد التخرج من الجامعة في عيادة كليفلاند عندما هاتفني أبي قائلًا كم كنت مسروراً بهذه الخطوة الأخيرة التي أخذها وبطبيعة الحال فقد كنت فضوليًا. وقد لاحظ الدم في بوله وبدلاً من الاتصال بي، اتصل على الفور بطبيبه الذي سرعان ما رآه في العيادة وأجرى له فحص للبول وهو ما أكد وجود الدم، ووصف له مضادات حيوية للاشتباه في عدوى المثانة.

لقد انتابني الفزع حيث إني تعلمت أثناء تدريبي الجراحي بأن وجود الدم في بول ذكر يبلغ من العمر ٧٧ عامًا يعني مرض السرطان ما لم يثبت خلاف ذلك. استنتج والدي على الفور بأني غير معجب بذلك التشخيص وسألني ما الأمر. أخفيت شكوكي وحثثته على أن يذهب لزيارة طبيب المسالك البولية لتأكيد التشخيص. وكان يصر على عدم القيام بذلك، وكان مقتنعًا تمامًا بأنه ليس محتاجًا للذهاب للطبيب وكان يثق في طبيبه ولم يرغب في التشكيك في تشخيصه.

وقد تنامى قلقي لأنني كذلك أعرف طبيبه وأثق فيه وتساءلت لماذا لم يتخذ نفس الافتراض واستبعد على الفور التشخيص الأكثر خطورة. اتصلت بالطبيب للتعبير عن مخاوفي وتذكرت بوضوح هذه المحادثة وكيف كان شعوري. لم أكن أريد أن أسيء إلى الطبيب من خلال استجواب حكمه الطبي أو أن أشير إلى أنه أرتكب شيئًا خاطئًا. فكرت في التسبب في ضجة إذا كنت مخطئًا في تشخيصي المشتبه به. إن وضع نفسي في مكان الطرف الآخر لأول مرة، فأنا تقريباَ لا أعرف كيف أساعد والدي وعلى من اتصل أو أي الأخصائيين اختار للاستشارة. هل يجب عليَّ أن أدفع والدي لرؤية شخص آخر على الفور، أم يجب أن أسمح بهذه اللعبة؟ ربما كان ذاك مجرد عدوى. لقد تم بشكل مفاجئ تقليص شخصيتي من النوع (أ) وكل سنوات تعليمي الطبي والتدريب الجراحي إلى تفكير مشوش وعدم الفعالية واحتمال أن أكون «ابناً لمريض سرطان تم تشخيصه حديثًا وأصبح ضحية خاضعة للرعاية الصحية.

وعلى غير قصد منا فإننا فإن نخلق بيئة يشعر المرضى وعائلاتهم فيها بالخضوع وعدم القدرة على تحدينا، وهذا أمر خطير على المرضى وعلينا وذلك لأننا نتجاهل مورداً مهماً يمكن

أن يساعدنا على اتخاذ القرارات الصحيحة ويضمن تقديم رعاية صحية مأمونة ذات جودة عالية. لقد أصبح الطب اليوم معقدًا جدًّا ويشــمل فرقًا من مقدمي الرعاية ذوي المهارات العاليــة تتعاون لتقديم طب فعّال ونتائج ناجحة. ويشــكل المــرضى والأسر جزءًا من هذا الفريق تمامًا كالجراح أو طبيب التخدير الذين يؤدون الإجراءات.

يجب أن يكون المرضى شركاء لنا:

لقد مــر مفهوم إشراك المريض بمراجعات وتعاريف متعددة في الســنوات الأخيرة. وقد نظر قادة الرعاية الصحية في كيفية إشراك وتثقيف وتمكين أفضل للمرضى، والكلمة الطنانة اليــوم هي تفعيل دور المرضى. في حين أن هناك فروقًا بســيطة لهــذه المصطلحات وكيفية تطبيقهــا على تقديــم الرعاية الصحية، فإنهــا جميعًا تعزز نفس الشيء: مشــاركة أكبر من المرضى في صحتهم.

وأنا أفضل أن أصف مشــاركة المريــض كشراكة. ويعرف الشريك بأنه «الشــخص الذي يشــارك الغير في علاقة ودية» [٣]. وأفضّل أن يعرّف الشريك بأنه «الشــخص الذي يتحد أو يرتبط مع شخص آخر أو أشخاص آخرين في نشاط أو مجال اهتمام مشترك» [٤]. ولا أستطيع التفكير في مثال أفضل يحتاج فيه الناس إلى أن يكونوا شركاء من ذلك المتعلق بعلاقة العمل القائمة بين مقدمي الرعاية ومرضاهم.

وكجراح عندما أفحص المرضى الذين يعانون من ندبات ســابقة في البطن، فإني أســتفسر منهــم عن الجراحة وغالبًا ما ينتابني الذهول أن المــرضى في الغالب لا يتذكرون أو يقولون شــيئًا مثل «قام الجراح الســابق بأخذ قطعة من أحشائي ولكني لا أتذكر بالضبط لماذا فعل ذلك». ومن غير المقنع أن يتم تنويم شــخص ما في المستشفى وأن يخضع للتخدير وأن يتم قطع جزء من جسده/جسدها ولا يمكن أن يتذكر ما تم القيام به أو لماذا.

في حين أن المعرفة الصحية في الولايات المتحدة تختلف باختلاف مستوى التعليم والعرق والعمر فإنها عادة ما تكون منخفضة [٥]. وكلما ارتفع المستوى التعليمي فإن الفهم الشامل للرعاية الطبية المعقدة والقرارات يبقى صعبًا، وحتى الأطباء وعلى الرغم من التطور المتزايد في الطــب والتخصصات الفائقة التخصص، فلا يمكنهــم أن يكونوا خبراء في جميع الأمراض.

فنحن كمزودين نتحمل مســؤولية المســاعدة على تكافؤ الفرص مــن خلال كيفية وتقديم المعلومات والتفاعل مع المرضى.

ويمكن للمرضى مســاعدة أنفسهم ومســاعدتنا من خلال كونهم أفضل علمًا بما يحدث في حياتهــم. فأنا لا أدعي أنهم بحاجة إلى أن يكونوا خبراء في مجال الرعاية الصحية أو أنهم قارئــون جيدون لمشــاكلهم الخاصة. ومع ذلك فقد أصبحوا خــبراء متأصلين في ذواتهم. قد يكــون من المفيد جدًّا للمرضى أن يفهموا أساســيات مرضهم وعلاجهم، مع الاحتفاظ بجرد شامل لما حدث، وكيف تمت معاملتهم، وكيف استجابوا، وما «ستقول لهم» أجسادهم.

ويمكن الاســتفادة من المــرضى وأفراد الأسرة أيضًا بطرق أخــرى مختلفة. تخيل لو أنهم فهموا جميعًا قبل قدومهم للمستشــفى أهمية غســل اليدين وتعلموا كيف أنها تقلل من المضاعفات المحتملة. يمكننا بعد ذلك التشارك لكي نساعد في تقليل هذه المضاعفات. فإذا لم تَقُمْ مقدمة الرعاية إما بغســيل يديها أو استخدام الرغوة المعقمة فيمكن للمريض أو أحد أفــراد عائلته أو الأصدقاء أن يطلب من مقدم الرعايــة القيام بذلك قبل الشروع في تقديم الخدمة للمريض. تخيل مدى قوة ومساعدة هذا الأمر في تحسين الامتثال لمهمة مهمة جدًّا وهي غسل اليدين. وينزعج الكثير من مقدمي بهذا التحدي ولكن ينبغي لنا أن نرحب به.

ويحتمل اســتخدام نفس نوع التفاعل التشاركي عند تسليم الدواء. لقد أسسنا في عيادة كليفلاند برنامجًا يسمى اسأل ثلاثًا وعلم ثلاثًا[٦]. حيث نطلب من مرضانا طرح ثلاثة أسئلة بســيطة عند تلقي الدواء في المستشــفى: ما هو؟ ولأي شيء يستخدم؟ وما الآثار الجانبية؟ وبالمثــل فقد وجهنا الممرضات بتقديم هذه المعلومــات عند توزيع الدواء، وتعليم المريض ما هو الدواء ولأي شيء يستخدم وما الآثار الجانبية المحتملة. ونحن نسعى لتمكين المرضى لتولي دور أكبر في مساعدة الممرضات في خلق بيئة أكثر أمنًا عند توزيع الأدوية.

فأنــا أتذكر بأننــي كنت منزعجًا كطبيــب مقيم في التدريب عندمــا يصدر من المرضى وأسرهم أســئلة متعددة. وغالبًا ما تُحَــدَّدُ مواعيد للمقيمين وطريقة اســتغلالهم وتوجيه مهامهــم، فهم يريدون إنجاز عملهم والعودة الى منازلهم. وغالبًا ما نفشــل نحن كمقدمي رعاية في إدراك أن المرضى أو أفراد أسرهم الذين يســألوننا الكثير من الأســئلة أنهم يقدمون لنــا هدية يجب علينا أن نقبلها بكل سرور. إنهم يتحدوننا لكي يتأكدوا بأننا نبذل كل ما في

وسعنا لتوفير رعاية فعّالة. يضاف إلى ذلك، فإن الاستماع إلى أسئلة المريض وأسرته يثبت في الواقع ما إذا كنا نتواصل بفعالية. والأسـئلة التي يسألها المرضى تساعدنا على تذكر الأشياء. ينبغـي أن نرغب في أن يكون جميع المرضى مزعجين «يسـألون كثيرًا» فذلك يجعلنا أفضل ويساعدهم على فهم حالتهم.

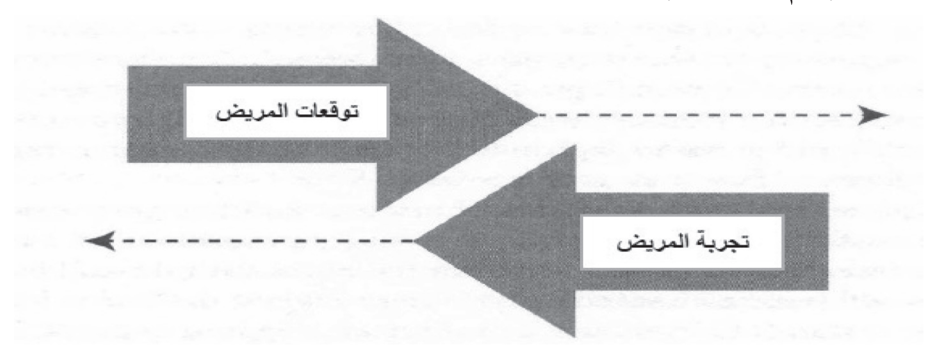
وينبغي أن نشـجع المرضى على التشـارك معنا بشـكل أكبر لأن ذلـك هو شيء صحيح يجب القيام به، ولكننا ندرك أيضًا أن العالم مختلف اليوم. فالمرضى نبهاء ويسـتفيدون من أي طـرق جديدة للحصول على اهتمامنا والتأكد مـن أننا شركاء في رعايتهم. وقد كان عمر مورغـان غليسـون (Morgan Gleason) ١١ عامًا عندما جرى تشـخيصها بالتهاب الجلد الـذي يصيب الشـباب، وهو مرض ذاتي المناعة يسـبب في ضعـف وألم العضلات، والطفح الجلـدي، والتعب، والحمى. لقد كانت في المستشـفى وتم معالجتها من مضاعفات مرضها حيث سئمت مؤخرًا من الناس الذين لا يشركونها في رعاية نفسها. واشتكت من أن الفريق الطبـي يأتي في وقت مبكر جدًا في الصباح عندما تكون غارقة في النوم بحيث لا تتمكن من التفاعل معهم، ولكن ما أزعجها حقًا هو أن الأطباء والممرضين غالبًا ما يتحدثون مع والديها خارج غرفتها، ويسـتثنونها من المحادثة لأنها كانت طفلـة. وكردة فعل فقد عملت فيديو بعنوان «أنا مريض وأحتاج إلى من يسـمعني» ونشرته على يوتيوب. وبين عشـية وضحاها أصبحت من أشـهر المدافعين عن المريض، وسـاعدت مورغان في فتـح تجربة المريض لعام ٢٠١٤: قمة التعاطف والابتكار. وفي مقابلة أجراها معها الدكتور ديردري ميلود (Deirdre Mylod)، المديـر التنفيذي لمعهد غاني الصحفي للابتـكار (Press-Ganey Institute for Innovation)، على خشـبة المسرح أمام أكثر من ٢٠٠٠ شخص [٧]. وجهت تعليقها للأطباء قائلة: «لكي تصبح طبيبًا فإنك تذهب إلى كلية الطب، ولكن لا توجد مدرسـة لتعلمنا كيف نصبح مرضى» مما يعني أن المرضى يريدون معرفة ما يجري ويكونون شركاء في رعايتهم.

يجب علينا إدارة توقعات المرضى:

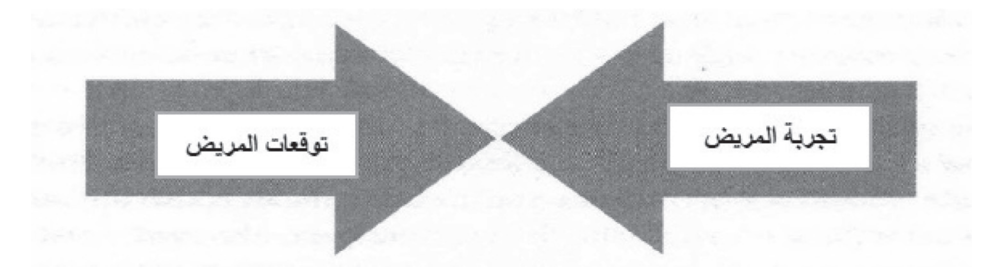
إن إصلاح الرعاية الصحية اليوم يضع المستشـفيات ومقدمي الخدمات في محور ضغط ثلاثي، واشـتعلت في مثلـث يتقلص باسـتمرار بانخفاض التعويضات، وتشـديد المتطلبات التنظيميـة، وزيادة توقعات المرضى. وتنتج توقعات المرضى المتزايدة بسـبب زيادة النزعة

الاستهلاكية في الطب. إن الاستفادة من توقعات المرضى من خلال شراكات المرضى ستساعدنا عــلى التعامل مع تناقص الموارد وزيادة الأعباء التنظيمية. وللاســتفادة بنجاح من توقعات المرضى المتزايدة، يجب على المستشــفيات ومقدمي الرعاية إجراء تغييرين حاسمين لتحسين كيــف يتعامل المرضى وأسرهم مع نظام الرعايــة الصحية. أولاً، يجب أن تتماشى التوقعات مع الواقع، وثانيًا، يجب أن يتحمل المرضى مسؤولية أكبر عن إدارة رعايتهم.

إن مواءمة توقعات المرضى بشكل أفضل مع الواقع أمر بالغ الأهمية. ومن أقل المفاهيم المتعارف عليها في تجربة المريض هي فكرة عدم تطابق الخبرات والتوقعات كما هو مبين في الشــكل (١-١٢). فالمرضى لديهم مفاهيم مسبقة لما سيحدث في بيئة الرعاية الصحية وغالبًا ما يتركون ما سبق لهم تجربته وكان يختلف جدًا عما كانوا يتوقعون (فكر في المريض المشار إليه باســم «أشعة الشــمس»). والمرضى يجمعون هذه المفاهيم من أصدقائهم وعائلاتهم، ووسائل الإعلام، وشبكة الإنترنت، ومجموعة متنوعة من المصادر الأخرى.



شكل (١-١٢) عدم تطابق التوقعات مع التجربة



شكل (٢-١٢) تطابق التوقعات مع التجربة

إن هدفنا هو مطابقة التوقعات مع التجربة، كما هو مبين في الشــكل (٢-١٢). ولكن ما لم يكن الشخص مريضًا من قبل، فلن يكون لديه فهم حقيقي بشعوره وهو في المستشفى.

إن مــا يتوقعه المرضى مقابل ما يجربونه بالفعل يلعب دورًا مهمًّا في كيفية تعريفهم أو إدراكهم لرعايتهم في نهاية المطاف. عملت جوان زيروســك [٨] (Joanne Zeroske) واحدة من قادة عيادة كليفلاند ورئيســة أحد مستشــفياتنا المجتمعية لفــترة طويلة، مع أطبائها وممرضاتها من أجل تحســين رضا المرضى عن السيطرة على الألم. وقد أمضت وقتًا طويلًا في ملاحظة اثنين من جراحي العظام اللذين يمارســان في مستشفييهما، وقد كان أحدهما دائمًا يخبر المرضى بأنه ســيكون هنالك ألم شــديد وأنه سيفعل ما يستطيع لتخفيف الألم ولكنه لم يعــد بذلك. وقال الجراح الآخر للمرضى إنــه كان خبيرًا في إجراء معين، وأنهم لن يعانوا من الألم أو أن معاناتهم ستكون ضئيلة. خمن كيف قيّم المرضى كل جراح فيما يخص قدرته على علاج فعّال للألم. كان الشــخص الذي وضع مستوى وتوقعات صادقة أعلى في الدرجات كما كان المرضى أكثر ارتياحًا بشأن الطريقة التي تم بها إدارة آلامهم. ولم يوجد ما يتم إعداده في الحقيقة لآلام ما بعد الجراحة. عندما يكون المرضى غير مســتعدين، أو الأســوأ من ذلك أننا نتوقع أنه لا يكون لديهم ألم، فإنهم ســيكونون متفاجئين أو يشعرون بخيبة أمل. من المهم لمقدمي الرعاية أن يشرحوا للمرضى بالضبط ما سيعانونه وكيف سيتم إدارة الألم.

ويُعَدُّ زر استدعاء المريض للممرضة الذي وُضِعَ بجانب السرير مثلاً عظيمًا آخر يدل على أهمية إدارة التوقعات. وغالبًا ما يفترض المرضى أنه عندما يستدعون الممرضة باستخدام زر الاستدعاء، فإن شخصًا ما سوف يستجيب على الفور لاستدعائهم. أشير إلى هذا باسم «نظام الاســتجابة المنبثقة للممرضة» وهذا فهم غير واقعي وتوقع بتقديم رعاية صحية لوحدات المرضى المنومين. فالممرضة على الأرجح تقوم برعاية أربعة أو خمسة مرضى آخرين في وحدة الجراحة الطبية المثالية. وعلى الرغم من النوايا الحســنة لمديرة التمريض المتعلقة بأساليب التغطية الأخرى للتخفيف من بطء الاستجابة فإنه لا يتم خدمة شخص ما على الفور.

ونحــن نعتقــد في كثير من الأحيان أن المــرضى يعطوننا درجة منخفضة في المســوحات فيــما يخص وقت الاســتجابة لأنهم يغضبون عندما لا نأتي لهــم على الفور. ولكن هذا ما لا يحدث تمامًا، تصور أنك مريض وضغطت زر الاســتدعاء لأمر بسيط وغير عاجل مثل طلب

المزيد من المياه، فإذا لم يستجب أحد بسرعة لتلبية الطلب، فإنك لن تغضب بسبب فشل الخدمة، ولكنك سوف تفكر وتهتم للأمر. «إذا كنت بحاجة فقط إلى الماء ولم يأتِ أحد، فماذا سيحدث لو كان لدي حالة طارئة؟ ربما لا أحد سيأتي، ويمكن أن أموت» وحتى لو استجابت سكرتيرة الوحدة لاتصالي الداخلي من خلال الإنتركوم وأخبرني أن شخصًا ما سيكون عندي في وقت قريب. فإذا كان ذلك قبل ٢٠ دقيقة من وصول الماء، فإنك ستقلق لأنك لا تعلم ماذا يحدث هنا. لقد كان هناك رد مناسب وفوري من السكرتيرة ولكن ليس لديك أي فكرة بأن طلب المياه ربما يكون قد تم فرزه حسب الأولوية، إذ إن الممرضة أو مساعدة الممرضة تعرف طلبك ولكنها وضعته على أنه أقل أولوية. مما يصيبك بالغضب معتقدًا أنه تم تجاهلك. ولا يوجد في أي مكان احتمال عدم تطابق الخبرة المتوقعة أعظم مما هو عليه في المستشفيات التي تنفق عشرات الملايين على وسائل الراحة لتقدم تجربة «ريتز كارلتون». وفي بعض المستشفيات يتوقع المرضى أنهم يأتون إلى جناح في فندق خمسة نجوم. وهذا غير واقعي ومستحيل تقديمه نظرًا للبيئة التي يتم فيها تقديم الرعاية الصحية الفعّالة.

ويعتقد المرضى أنهم يأتون إلى المستشفى للراحة وهم يشعرون بالضيق عندما يأتي الممرضون للتحقق من العلامات الحيوية في منتصف الليل أو عندما يتم سحب عينة الدم في وقت مبكر من الصباح حتى تكون متاحة للجولات الطبية. إن المستشفيات ليست بفنادق ويجب أن نكون حذرين من عدم تحديد هذا التوقع. يمكننا بالتأكيد أن نعمل بشكل أفضل من خلال الإدارة عندما يتم فحص العلامات الحيوية، ويتم تسليم الدواء، ويتم سحب عينات المختبر، وربما سمح للمرضى بفترات أطول من الراحة خلال منتصف الليل، ولكن يجب أن نكون حذرين لكي نحقق هذا التوازن مع ما هو حق لرعاية المرضى.

توجد حالة مماثلة بالنسبة لنطاق تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) وهي الهدوء في الليل في المستشفى. هناك توقعات لدى المريض بأن المستشفيات تُعَدُّ أماكن هادئة. يتذكر البعض منا المسلسل التلفزيوني للطبيب ماركوس ويلبي (Marcus Welby) الذي يشير إلى أن «الهدوء» كان جانبًا أساسيًا من تجربة المستشفى. يغطي هذا «مستشفيات ريتز كارلتون» بالمثل. لدي أخبار للمرضى: إن المستشفيات اليوم ليست هادئة كماركوس ويلبي، كما أنها ليست فنادق من فئة خمسة

نجـوم. فالمستشـفيات صاخبة وهنالك الكثير من الاشـياء التي تحدث فيهـا. وقبل ثلاثين عامًـا كانت المستشـفيات منخفضـة التكنولوجيا، وكان المرضى أقل مرضًـا بكثير. أما اليوم فالمستشفيات لديها مرضى ذوز فطنة أعلى بكثير يتطلبون المزيد من الاهتمام. وتُعَدُّ الرعاية أعقد وتمتد نسـب التمريض ولكن هناك قدرًا كبيرًا من النشـاط الذي يحدث على طوابق التمريض. فتلك الطوابق ليسـت بهادئة ونحتاج إلى إبلاغ المرضى ألا يتوقعوا هدوءًا حتى لا يقيمونا بأننا ضوضائيون عندما يتوقعون شيئًا آخر.

إذا قمت بمراجعة شكاوى المرضى المهنية التي تتلقاها عيادة كليفلاند عن الضوضاء، فإنها في الغالب تتعلق برفيق الغرفة، أنشطة الرعاية مثل التشييك على العلامات الحيوية، سحب عينة دم وهلـم جرًا وهذا يحدث في الليل والتحدث بصوت عالٍ في محطات التمريض. قد نكون قادرين على إعادة جدولة سحب عينة الدم حتى الصباح، ولكن يجب على المرضى أن يفهموا أنه في ظل معظم الظروف، فإنه من المفترض أن تأتي الممرضات عند الساعة ٣ صباحًا للتحقق من العلامات الحيوية. إنه مستشفى، ووظيفة الممرضات هي مراقبة حالة المرضى.

على المرضى وأسرهم أن يكونوا أيضًا عقلانيين:

مثل غيرة من المستشـفيات الأخـرى في جميع أنحاء البلاد فقد ألغـت عيادة كليفلاند تحديد سـاعات الزيارة. وهذا يعني أن العائلة والأصدقاء يمكنهم زيارة المرضى في أي وقت دون قيود، وهي خطوة تتـماشى مع توصيات التمريض الوطني ومعايير المرضى على النحو الذي تحدده اللجنة المشـتركة ومراكز خدمات التأمين الطبي لكبار السـن والتأمين الطبي للفقراء. إن إلغاء تقييد سـاعات الزيـارة هو الشيء الصحيح الذي يجب القيام به للمرضى. فنحـن نريد أن نضمن أن تكون عائلات المرضى وأصدقائهم على مقربة منهم لتوفير الراحة والدعـم. وأتفق مع البيان الذي أصدره معهـد رعاية المريض المرتكز على الأسرة بأن الأسرة «تحترم كجزء من فريق الرعاية -وليس فقط كزائرين في كل منطقة من المستشـفى، بما في ذلك قسم الطوارئ ووحدة العناية المركزة» [٩].

والآن وبعد رفع القيود المفروضة على سـاعات الزيـارة فإن الأسرة والأصدقاء يتحملون مسـؤولية أن يكونـوا شركاء «محترفـين» لفريـق الرعايـة وأن يلتزموا بالمعايير المناسـبة

للمستشفى. وهناك بعض السلوكيات والإجراءات التي قد لا تجتاز اختبار المعقولية.

تخيل المرضى الذين يتشاركون في الغرفة:

١. هــل من المعقول أن يكون لدى المريض زائرون متعددون في وقت متأخر من الليل، مما قد يزعج المريض في السرير الآخر؟

٢. هل من المعقول أن ينام صديق المريضة الأنثى الشابة في كرسي بجانب سريرها، مما يضر الخصوصية لجارها؟

٣. هل من المعقول أن يحضر أفراد الأسرة الأطفال الصغار ويسمح لهم باللعب في الغرفة؟

٤. هل من المعقول أن يســمح أحد المرضى لأفراد أسرته بتناول وجبة في الغرفة، في حين أن المريض الآخر قد لا يكون قادرًا على تناول الطعام؟

آمل أن كل من يقرأ تلك التصرفات يوافق على أنها كانت غير معقولة. وفي حين أننا نفتقر إلى إحصاءات دقيقة عن عدد الغرف شــبه الخاصة في مستشــفيات الولايات المتحدة، فإن الرقم الذي يشار إليه عادة يُراوح بين ٦٠ و٧٠ ٪. وهذا يعني أن معظم غرف المستشفيات شبه خاصة وأنه يجب على المريض أن يتقاسم الغرفة مع شخص آخر. ولا يمكننا إعادة بناء البنية التحتية بأكملها لاســتيعاب غرف المستشفى الخاصة، وبالتالي فإننا بحاجة إلى مبادئ توجيهية بشأن زيارة المستشفى.

نحن نتحمل مســؤولية حماية خصوصية كل مريض. إن فرض معايير هذه الزيارة عادة مــا يلقى بشــكل غير عادل على الممرضــات في أجنحة التنويم. يمكن أن تــؤدي الإجراءات التــي تحــد من أو تقيد بعض ســلوكيات الزيــارة إلى إجراء تقييم ســلبي لتجربة المريض. هذا غير عادل للمستشــفى ويتحمل المرضى وأسرهم مسؤولية مراعاة ذلك وعليهم تطبيق نفــس المعيار الــذي نطبقه وهو كيف يتوقعون أن يتم التعامل معهم؟ تأمل التشــبيه مع شركات الطيران والتي تسمح لكل راكب بحمل قطعة واحدة من الأمتعة وقطعة شخصية في مقصورة الطائرة. فهذا المعيار نادرًا ما يتم تطبيقه؛ ذلك لأن الركاب يأتون بأغراض متعددة على متن الطائرة، مما يبطئ عملية الصعود إلى الطائرة ويكدس الأمتعة في الكبائن العلوية. والمرضى كما أن الركاب لا بد أن يكونوا عقلانيين.

يجب علينا أن نعلم الناس كيف يصبحون مرضى مثاليين:

لقد أمضينا نحن كمتخصصين في الرعاية الصحية أوقاتًا كثيرة في تثقيف المرضى حول أمراضهم وطرق علاجها. ولكننا لا نتحدث مع المرضى أو لا نخصص الوقت الكافي للحديث معهم حول ماذا يعني أن أكون مريضًا وما هي توقعاتي خلال فترة التنويم في المستشفى. ومما يزيد من تفاقم القلق والخوف والارتباك المتأصل لدى جميع مرضى المستشفيات هو عدم معرفتهم بما يجري وعدم القدرة على توقع ما سيحدث.

ولمعالجة هذه الثغرة في مجال الرعاية الصحية، عملت عيادة كليفلاند في عام ٢٠١١م مع شركة تكنولوجيا خارجية لتطوير برنامج مشاركة عبر الإنترنت حول كيف تكون مريض أفضل في المستشفى. يساعد البرنامج المرضى على فهم العمليات والتفاعلات الرئيسية التي من شأنها تحديد تجربتهم، بما في ذلك كيفية الشراكة مع فريق الرعاية الصحية لدينا لجعل فترة البقاء في المستشفى أكثر رضا. لقد كانت فرضيتنا هي أنه إذا ناقشنا مع المرضى ما يمكن توقعه أثناء تنويمهم في المستشفى، فإنه بإمكاننا تحديد مستوى التوقعات تجاه واقع بيئة المستشفى، وأن نعزز مستوى راحة المرضى خلال زيارته للمستشفى وأن نقود التحسن في درجات رضا المرضى المنومين.

ولهيكلة المعلومات حول مجالات تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) فقد قمنا بتثقيف المرضى حول ما يمكن توقعه خلال علاجهم داخل المستشفى واقترحنا تكتيكات قد تؤدي إلى تحسين تجربة الرعاية الصحية. لقد أبلغنا المرضى بأن متوسط ما تقدمة ممرضة التنويم من رعاية يغطي أربعة إلى خمسة مرضى وقد لا تتمكن من الإجابة عن استدعاء المريض على الفور بسبب رعاية مريض آخر ولكن الفريق سيستجيب فوراً في حالة الطوارئ. كما أبلغنا المرضى بأننا نعمل بجد لخلق بيئة للتعافي في المستشفى إلا بيئة المستشفيات غير هادئة وقد تكون صاخبة وقد يكون هناك انقطاع في الخدمة. وأبلغنا المرضى أنه من الصعب القضاء على الألم تمامًا وأن ذلك يمكن أن يكون جزءًا حقيقيًّا جدًا من تجربتهم. ونحن نعلمهم بأننا سنفعل كل شيء في محاولة لجعلهم مرتاحين وينبغي عليهم أن يخبرونا عند فشلنا ولكن كان من الممكن ألا نستطيع أن نقضي على الألم.

وفيـما يتعلق بأهم جزء من بيئة المستشـفى وهو التواصل فقـد طلبنا من المرضى أن يكونوا شركاء لفريق الرعاية الصحية وأن يكتبوا أسئلتهم لكي يتم إعدادها بشكل جيد. كما أننا طلبنا من المرضى أن يمكنوا أسرهم وأصدقاءهم للعمل كمحاورين ودعاة بديلين.

لقد اختبرنا فاعلية البرنامج وذلك بمقارنة مجموعتين من المرضى الذين يخضعون لنفس الإجراءات. فعندما تم إبلاغ المرضى بأن الممرضات سـيأتين في أقرب وقت ممكن عندما يتم الضغط على زر الاسـتدعاء كان الرضا من معدلات الاسـتجابة أعلى. وعندما ساعدنا المرضى على طرح أسـئلة أفضل لفريـق الرعاية، كان الرضا عن التواصـل أفضل. عندما تم تثقيف المرضى حول بيئة المستشـفى، كانوا أكثر تسامحًا عند انقطاع الخدمة وكان إدراكهم للهدوء أعلى. ووجدنا أن توقعات المرضى يمكن تحديدها بمسـتوى واقعي. لقد سـجلت المجموعة التي حصلت على «ما يمكن توقعه من التعليم» أعلى درجة في كل مجال من تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS).

تعمل عيادة كليفلاند كذلك أشـياء أخرى لمعالجة عدم تطابق الخبرة المتوقعة. إن لدى برنامج التميز في الخدمة، والتواصل باستخدام نموذج هارت (H.E.A.R.T) برنامج تدريبي مدمج لمساعدة مقدمي الرعاية على تقدير أن الجميع لديه دور في وضع توقعات للمرضى. يجـب أن يكون كل لقاء بين المريض ومقدم الخدمة مغلفًا بالتحدث حول ما يمكن توقعه، بـدءًا من نقطة وصول المريض لتلقي الخدمة ومن خـلال الأماكن الإكلينيكية التي تناقش فيهـا الرعايـة. إن مـا نقدمه للمرضى قبل أن يصلوا إلى حرم المستشـفى يمكن أن تشـمل معلومات عن مواقف السيارات، إحداثيات الموقع، فريق الرعاية الصحية، أو فلسفة تقديم الرعاية.

وهناك قول مأثور قديم في التدريب الطبي هو أن تخطيط إخراج المرضى من المستشفى يبـدأ عنـد القبول. وكثيراً ما نقول ذلك، ولكننا عادة لا نقـوم بتصميم عملياتنا لدعمها. إن تقديـم الرعاية يُعَدُّ رحلة طولية، وفي عـام ٢٠١٣م عندما قمنا بإعادة تصميم دليل القبول في المستشـفى، عملنا مع فرق الرعايـة لدينا لضمان تزويد المـرضى وعوائلهم بالمعلومات للمساعدة على تخطيط خروجهم. نحن نقدم قائمة مرجعية للمرضى وأفراد أسرهم تتضمن تذكيرهم بالتفكير في أشـياء مثل من سيسـاعد المريض عندما يغادر المستشـفى، من الذي

سيقوم بجدولة متابعة زيارات الطبيب، وما إلى ذلك. وهذا يساعد المرضى وأفراد الأسرة على الاستعداد بشكل أفضل لنقل الرعاية إلى البيئة المنزلية.

وقد أدى إصلاح الرعاية الصحية وظهور منظمات الرعاية الخاضعة للمساءلة وإستراتيجيات إدارة الصحة السكانية إلى بروز مفهوم شراكة المرضى في وقت مبكر. وستخضع منظمات الرعاية الصحية لضغوط متزايدة لإدارة الموارد المتناقصة بفعالية أكبر. وتتمثل إحدى الإستراتيجيات للحد من الهدر وتحسين تقديم الرعاية في تحويل المدفوعات من الرعاية القائمة على الحجم، أو الحصول على رواتب مقابل عمل أشياء إلى الرعاية القائمة على القيمة، أو الدفع مقابل تقديم الرعاية على نحو أفضل. وتلتزم هذه الإستراتيجية بإدراج طرق لإشراك المرضى أو تنشيطهم. وتقوم منظمات الرعاية الصحية بوضع برامج لتمكين المرضى من القيام بالمزيد؛ ومع ذلك، فإن التركيز لا يمكن أن يكون أحادي الاتجاه. ويجب ألا يكون الخطر والمسؤولية على مقدم الخدمة وحده بل يجب أن يلعب المرضى دورًا أيضاً. يمكننا الاتصال بالمرضى لتذكيرهم بأخذ أدويتهم وضمان أن يكون لديهم زيارات متابعة مجدولة. ويمكننا حتى الذهاب إلى منازلهم والتحقق منهم والإتيان بهم إلى مواعيدهم. ولكن لا يمكننا إجبارهم على تناول الطعام المناسب لهم، أو تناول أدويتهم، أو تجنب العادات غير الصحية مثل التدخين. إن تعزيز الصحة وإدارة الصحة، وعلاج الأمراض يتطلب جهدًا بنسبة ١٠٠٪ ليس فقط من مقدم الخدمة وإنما من المريض وأفراد الأسرة أيضًا.

إن تزايد النزعة الاستهلاكية، مدفوعًا بزيادة توافر المعلومات، فضلاً عن ارتفاع أقساط التأمين والخصومات، يجعل المريض أكثر أهمية بكثير في اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية. ويحصل المرضى اليوم على مقدار لا يصدق من معلومات الرعاية الصحية. ويوفر الإنترنت ثروة من المعلومات، بما في ذلك الوصول إلى النتائج العلمية، وتصنيفات المستشفيات ومقدمي الخدمات، ومحتوى التسويق وبصورة متزايدة بيانات التكلفة. بالإضافة إلى ذلك، فإن انفجار وسائل التواصل الاجتماعي يجعل تبادل الآراء والتقييمات متاحًا وفي متناول المرضى الذين يسعون لفهم خيارات مختلفة لعلاجهم. وتعدُّ وسائل التواصل الاجتماعي منبرًا مهمًّا للمرضى؛ وذلك لأنها تعطيهم مجالاً قويًّا للحصول على انتباه المنظمات والعاملين في مجال الرعاية الصحية.

فلم يعد المرضى مجرد مرضى ومســتهلكين، أو عملاء بل هم شركاء لنا بشــكل مناسب. فنحن بحاجة إليهم لمساعدتنا من أجل رعاية أنفسهم وأن يفهموا ليس فقط مرضهم ولكن البيئة التي يتم التعامل معها. ونحن بحاجتهم كمدافعين ومتحدين لنا. لم يكن هناك وقت أفضــل أو أدوات أكثر للمســاعدة في تلبيــة هدف ديبرونــكارد (deBronkard›s) في خلق تمكين، وتجهيز، وتعليم، ومشــاركة مرضى ذوي خبرة أو هدف غليسون (Gleason›s) وهو التأكد من سماع صوت المرضى.

باختصار:

إن رعاية المرضى معقدة ويمكن أن يســاعد المــرضى والأسر في ضمان رعاية آمنة وعالية الجودة من خلال تحولهم إلى شركاء لنا وهذا يعني تحمل المزيد من المسؤولية عن الرعاية من خلال طرح الأسئلة، والتعلم عن مرضهم، وفهم سلوكياتهم التي يمكن أن تؤثر سلبًا على صحتهم، وضمان الامتثال للعلاج الموصى به، ومعرفة ماذا يعني أن يكونوا مرضى فقط بمجرد تجاوز مرضهم.

يجب على مقدمي الخدمات أن يتذكروا أن المرضى وأسرهم هم مستهلكين غير متطورين نســبياَ للرعاية الصحية ويقعون في علاقة خاضعــة جدًا مع المتخصصين في الرعاية الصحية. ويضــاف إلى ذلك حقيقة أن محو الأمية الصحيــة في الولايات المتحدة عمومًا منخفض جدًا ويتطلب منا العمل بنشــاط على إستراتيجيات وأساليب للمساعدة في رفع مستوى مشاركة المرضى بحيث يكونوا شركاء أفضل في رعايتهم. وينبغي لنا أن نتبنى نشــاط المريض ونعترف بأنه أداة قوية لمساعدتنا على القيام بعملنا على نحو أكثر فعالية.

يتحمل موفرو الرعاية مسؤولية تجاوز تعليم، وإشراك، وتفعيل المرضى وضمان فهمهم لبيئة المعالجة وتحديد توقعات ما سيواجهه المرضى. نحن نقضي وقتًا طويلًا في التحدث مع المرضى والأسر حول الأمراض وإدارة الأمراض؛ ونحن بحاجة أيضًا إلى التحدث معهم حول ما يمكن توقعه في المستشفى وفي نقاط أخرى في رحلة الرعاية الصحية. وهذا سوف يساعد في منع عدم تطابق الخبرة والتوقع التي مر بها الكثير من المرضى. تخيل التأثير على السلامة إذا كان كل مريض وفرد من الأسرة يســاعد على مراقبة الأخطاء ويشــعر بأنه مفوض للحديث عندما يشك في شيء خاطئ أو لمجرد أن لديه الجرأة على سؤالنا.


۲۸۸

الفصل الثالث عشر
إنجاز العمل هو ما يحدد نجاحنا

الفصل الثالث عشر

إنجاز العمل هو ما يحدد نجاحنا

لقد كان أعظم إنجاز لتجربة المريض هو قدرتنا على تنفيذ العمل، وهو إنجاز أدين بالفضل فيه إلى معلمي وصديقي من كلية إدارة الأعمال بجامعة هارفارد أنانث رامان (Ananth Raman) الذي ساعدني على فهم أهمية كيف أفعّل التغيير.

وقد نجح التنفيذ في تحسين تجربة المريض من الهدف الطموح إلى الواقع العملي، واكتسب احترام القادة في عيادة كليفلاند، ولفت انتباه مؤسسات الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم. لقد كان نجاحنا في التنفيذ ملموسًا حيث تحسنت المقاييس التنظيمية لدينا، ويعيش مقدمو الرعاية لدينا تجربة المريض ويتولى قادتنا إدارتها والأهم من ذلك أن مرضانا يشعرون بها. ويتمثل التحدي الذي يواجهنا مستقبلاً في الحفاظ على ما قمنا به وتحسينه. فمن السهل إصلاح شيء مكسور ولكن من الصعب جدًا أن تأخذ شيئًا ناجحًا وتجعله أفضل. وبينما تتطور إستراتيجيتنا وتتغير أساليبنا يجب ألا يهتز تركيز رحلتنا على المرضى كبوصلة تدلنا إلى الاتجاه الصحيح ولا عن مواءمة أسسنا حول المريض.

تحدثت في يناير ٢٠١٤م إلى مجموعة من الأطباء من مركز هيلكرست الطبي (Hillcrest Medical Center) في تولسا، أوكلاهوما. وقد أرسل لي كبير الأطباء (CMO) جيفوري جالاس (Jeffrey Galles) [1] بريدًا إلكترونيًا بعد الاجتماع ولاحظ أن قيادته العليا في المستشفى غالباً ما تقول: «لا يمكننا أن نكون كعيادة كليفلاند». كان ردي: «بل، يمكنك!» إنها حول عقلية القيادة وكيف تصطف المنظمة حول فلسفة المريض أولاً وتحدد تجربة المريض كأولوية إستراتيجية. وفي حين أنه صحيح أننا في البداية استثمرنا ماديًا في مبادرة تجربة المريض، واليوم نحن نعرف أفضل كيف نحقق النجاح دون أن ننفق الكثير. إن وضع إستراتيجية تجربة المريض وتطوير وتنفيذ الآليات لا يحتاج إلى تكلفة مرتفعة. كما أن قيام الممرضات بالمرور على المرضى كل مدار الساعة لا يتطلب بنية تحتية أو تكنولوجيا خاصة إنما يتطلب قيادة وتدريب ومساءلة. إن توزيع الدرجات الخاصة بالأطباء على الدكاترة

وتعليمهم مهارات الاتصال يتطلب بذل الجهود كالشجاعة للبدء، والقيادة، والمساءلة. ترى الخيوط الشـائعة هنا حيث إن الجولات التي يقـوم بها القادة تُعَدُّ مثالاً عظيمًا آخر يمكن أن يبـدأ بها كل رئيس تنفيذي في كل مستشـفى في جميع أنحـاء العالم وبتكلفة منخفضة ومردود عالٍ.

الدروس الشخصية المستفادة:

لقـد قرأت العديد من الكتب والمقالات حول التحول التنظيمي والقيادة وجميعها جيد جـدًا في وصف ماذا وكيف تم عمل الأشـياء. وقد تناول عـدد قليل عثرات القيادة أو فرص التعلـم في النضال من أجـل النجاح. فأنا لم أدخل لكلية الطب لأكـون قائدًا لمنظمة رعاية صحيـة ولكني وضعت في هذه الوظيفة. إن المعلومات الـواردة في هذا الكتاب تمثل عمل العديـد من الناس والكثير منهم أكـثر ذكاء وأكثر قدرة مني. لقد تم تنظيم النتائج وعرضها هنـا بدقة وهذا لا ينصف عملية المحاكمة والخطـأ عندنا. عندما أتحدث عما أنجزناه فإني غالبًا ما أثير الجماهير بأنهم يرون «السـجق» ذا الطعم الرائع. ولكنه المنتج النهائي لمصنع دمـوي جدًا ولأغلقناه منذ فـترة طويلة. وحتى مع تفاني العديد مـن الناس لمبادرة عيادة كليفلاند إلا أنه عمل شاق ويستغرق وقتًا. لقد علمتني تجربتي في هذه الرحلة عدة دروس مهمة جدًا ولكنها صعبة في بعض الأحيان، والدروس هي:

ألا نتوقـع النتائج بين عشـية وضحاهـا. فكّر على المدى الطويل. أتذكـر اليوم الأول في وظيفتـي الجديدة كمدير تنفيـذي لتجربة المريض (CXO) وكنت مسـتعدًا لتغيير العالم وعيـادة كليفلانـد جنبًا إلى جنب معها. ومع ذلك فإن ذلـك لم يحدث بسرعة. إن الحماس والإثـارة أمران مهمان ولكن اتخـاذ قرار مدروس مع منظور طويل الأجـل يعتبر أمراً بالغ الأهميـة. وكما قلت مرات عديدة، علينا أيضًا أن نأخـذ في الاعتبار كيف تؤثر قراراتنا على النظام. ويمكن أن يؤدي أحد التحسـينات الصغيرة، عندما لا يعتبر مناسـًبا ضد النظام، إلى نتائج سلبية غير مقصودة على مجالات أخرى في المنظمة. إن البحث عن الإشباع الفوري في هذا العمل يمكن أن يؤدي إلى أخطاء خطيرة تؤثر سـلبًا على المنظمة وعلى الناس. لقد بدأ كوسـغروف (Cosgrove) رحلته في تجربة المرضى في نوفمبر/ تشرين الثاني ٢٠٠٤م وبدأت رحلتي في يوليو/ تموز ٢٠٠٩م. مازال كلانا يقوم بجولة ولدينا الكثير من العمل الذي نقوم

به. هب أنك تتبنى عملية التحول التنظيمي. إن الرعاية الصحية غير معتادة على هذا النوع مـن التركيز على المريض أو التغيير. فـإذا كان هناك شيء تأخذه من قراءة هذا الكتاب فهو أن تحسين تجربة المريض مسألة متعددة السنوات. فكن صبورًا وثابتًا.

هناك طرق عدة لعمل الأشـياء بشـكل صحيح كما أن هناك طرقًا قليلة لعمل الأشـياء بشكل خاطئ. كن مرنًا فيما تختاره على النحو الصحيح. فمن منصب رفيع في قيادة المؤسسة فإنه من المغري إصدار أمر رسـمي بأن يلتزم الكل بفعل أي شيء حسـب طريقة المؤسسة. ولكن تقديم الرعاية الصحية دقيق للغاية كما أن الرعاية السريرية ليست بخط تجميع أو أن الخدمة الواحدة تناسب الجميع. وتتنوع المستشفيات في نظامنا من مرفق بارز متخصص على مسـتوى العالم سعته السريرية ١٢٠٠ سرير ويركز على جودة عالية في المستوى الثالث إلى مرافـق مجتمعية صغيرة. لقـد تبنينا مفهوم «عيادة كليفلانـد واحدة» لضمان توحيد الإستراتيجيات والأساليب ذات الحساسية. ولكن الفشل في الاعتراف وقبول أن كل مرفق له ثقافته المحلية الخاصة وله احتياجات فردية سوف يؤدي إلى فشل معين. وأنها تعمل بشكل أفضل عندما يسمح للقادة والمديرين بتفصيل طرق التنفيذ والتسليم. هذه الملكية المحلية تدفع إلى اعتماد أكـثر فاعلية ذلك لأننا نؤمن بالمهارات المحلية للتنفيذ. إن قيام الممرضات بجولات على المرضى كل ساعة تعد من أفضل الممارسات التي ينبغي تنفيذها في كل وحدة مـن كل مستشـفى في جميع أنحاء العـالم. ولكن طالما أن هناك توثيقًـا لعملية الأداء فإن الكيفيـة التي يتم القيام من خلالها بجولات للممرضـات يجب أن تقاد من البيئة المحلية. ولا يجـب أن يكون على باب غرفة كل مريض قائمة مرجعية يتم مراجعتها لإثبات الامتثال. ومـن الأمثلة الأخرى الجيـدة هي خطة تواصل الرعاية بين الأطبـاء والممرضات المتعاملين مباشرة مع المرضى وهي أيضًا من أفضل الممارسات التي يجب على الجميع تنفيذها. ولكن إذا مـا كان هذا التواصل يحدث بجانب سرير المريـض بعد جولات الطبيب أو عن طريق تبليغ الأطباء لمدير التمريض فإن ذلك يجب أن يتم التحكم فيه محليًا ليعكس ما هو أفضل بالنسـبة لبيئة الممارسة الفردية. إن افتراض أننا نعرف كيف ينبغي أن ينطبق كل شيء على بيئة الرعاية غير صحيح، ومن الخطأ أن نميل إلى إجراء ما ولا نأخذ المنظمة ككل في اعتبارنا.

عليـك أن تعرف أنك سـتغضب الناس. أنا متأكد أنه إلى يومنـا هذا يوجد ناس يودون رؤية منصبي الوظيفي وإدارتنا والجهد الذي بذلناه جميعًا في تحسين تجربة المريض تختفي

مـــن على وجه الأرض. فالجميع ليســوا معك على متن الحافلة ولا يقــدّرون ما تنوي القيام به. فالبعض ســيكون ضد مفهوم تجربة المريض والبعض سيكون ضد القائد والبعض سوف يكــون ضد الاثنين معًــا. ويتمثل التحدي الــذي يواجهنا في تحويل نســبة ١٠٪ من فاتري الهمــة في المنظمة والتخلص مما نســبته ٥ ٪ من الذين يعملــون في مجال الرعاية الصحية لأســباب خاطئة. وتعــدُّ الهمة في مجال تجربة المريض أمرًا ضروريًــا ولكن المرونة أمر بالغ الأهمية. وقد كان كل من رئيس الموظفين جوزيف ف. هان (Joseph F. Hahn)، ورئيســة الحســابات للخدمات الإكلينيكية (CAO) ســينثيا هوندورفين (Cynthia Hundorfean) يذكــراني باســتمرار أن «أفعل ما هو صحيح وأترك الباقي يعتني بنفســه» وهذه مشــورة حكيمــة. وعندما تتعامل مــع مقاومة فإنه من المهم أن تكون محترمًا وأن تتصرف بنزاهة، ولكن في النهاية، عندما تقف في جانب المريض فلن تخسر أبدًا. لقد تجادلت مرات عديدة مع ناس كانوا يكرهونني شخصيًا ولكن ذلك أمر عادي طالما أننا نتفق على أن تحسين تجربة المريض هي الشيء الصحيح الذي علينا أن نقوم به.

إن اللجان مهمة ولكن لا تستخدمها بديلاً للقيادة. لقد شاهدت مستشفانا والمستشفيات تتعثر بسبب تفكير اللجان. أحيانًا يبدو أن كل مبادرة رئيسية أو قرار لابد أن يدقق من قبل لجنة أو لجنة فرعية أو فريق عمل. وربما تكون هذه الظاهرة أكثر شيوعًا في مجال الرعاية الصحية نظرًا لتعدد مجاميع أصحاب المصلحة ولهياكل الحوكمة القديمة. ولكن بعض أفضل قراراتنــا التي كان لها تأثير هائل على المنظمة اتخذت من خلال قيادة الأمر والتحكم؛ ذلك لأن شــخصاً ما تحمل مسؤولية القيادة. لقد تم انتقادي في بعض الأحيان لهذا النهج ولكني أعتقــد أن نتائجنا تتحدث كثيرًا عن أســاليبنا. وأنا لا أدعو إلى اتخاذ قرارات دون التشــاور والتدقيــق، ولكن في بعض الأحيان يتعين اتخاذ قــرارات. ويمكننا توفير الكثير من المال على المنظمــة وأن نوفر الكثير من الوقت على الناس بعدم اســتخدام لجان مبادرة. فليس لدى عيادة كليفلاند لجنة استشارية لتجربة المريض بل لديها قائد هو أنا ولديها شريك قوي هو الرئيس التنفيذي للتمريض وهو كذلك المســؤول الذي يقود جهود منظمتنا. ونحن نتشاور على نطاق واســع مع بعضنا البعــض وكذلك مع الآخرين في جميع أنحــاء المنظمة، ولكننا نتحمل مسؤولية العمل وبالتالي فإننا نتخذ القرارات ونقوم بتفعيلها.

هناك الكثير من مقدمي الرعاية المتحمسين الذين يرغبون في المشاركة في تجربة المريض، ولكن تحتاج إلى العثور على المواهب المؤهلة لمساعدتك. أحيانًا تميل المنظمات إلى توظيف القادة بسبب العلاقات أو الشخصية وتبحث عن القدرة والإنجازات. وبالمثل فإن الأفكار الخارجية ولا سيما تلك التي يحتمل أن تؤثر على الثقافة، يمكن استهدافها وتدميرها بسهولة. إن استدعاء الكثير من المستشارين الخارجيين كثيرًا ما يجابه بنفس الاستياء والمقاومة. إن التعرف على المواهب من داخل المنظمة ومساعدة الموظفين على إدراك إمكاناتهم في دفع التغيير يسمح للمنظمات بأن تقول «لقد فعلنا ذلك بأنفسنا». ومع ذلك فغالبًا ما يكون لدينا افتراض بأننا نستطيع أن نفعل أي شيء نضعه في بالنا. لقد تطور مجال تجربة المريض وهناك إستراتيجيات وطرق جيدة والأهم من ذلك هناك الناس التي يمكن أن تساعد في تفعيل التحسين للمستشفيات. ونحن بحاجة إلى العثور على والاستفادة من هذه الموارد لمساعدتنا على دفع التغيير بشكل أسرع وأكثر فعالية. وعلينا أن نتغلب على افتراض أن لدينا كل الإجابات وأن موظفينا فقط يمكنهم إنجاز أي شيء. ولكن علينا أن تعلم من الآخرين!

نحن في قمة خدمة الأعمال التي لا يعدُّ فيها الزبون دائمًا على حق. في كثير من الأحيان يوجد علوم أقل والكثير من العاطفة عندما يتعلق الأمر بإدارة إدراك المريض للرعاية. التعاطف يذهب في كلا الاتجاهين. تمامًا كما يجب علينا أن نعتني بالمرضى فإن علينا أيضًا مسؤولية حماية موظفينا ذلك لأن رعاية المرضى ليس عَمَلًا سهلًا. وكما قلت إنه عندما يشتكي المرضى فهناك دائمًا ثلاثة جوانب للقصة: ما قاله المريض حدث، وما يعتقد مقدمو الرعاية لدينا حدث، وما حدث حقًا. فمن السهل أن يتم التخلص من الحكايات والقفز إلى الاستنتاجات، وهو ما يعني مصطلح «الاغتيال اللفظي». ولكن مسؤوليتنا هي ضمان فهمنا للحقائق قبل أن نتصرف، كما أن لدينا الكثير من المسؤولية تجاه مقدمي الرعاية لدينا وتجاه المرضى. هل يقوم بعض المرضى بفبركة المعلومات لمعالجة النظام لصالحهم؟ ولعل تفسيرهم لما حدث قد لا يكون تفسيرًا دقيقًا للواقع. كن حذرًا من أخذ الحكاية كمنصة محترقة للتغيير. فلدينا التزام بالتأكد من فهم سياق الحكايات وألا نفترض بشكل غير عادل أن مقدم الرعاية لدينا قد فعل شيئًا خاطئا. فإذا وضعت الحكايات أو مجموعة من الحكايات بعناية في بعض المنظمات فإن ذلك من الممكن أن يؤدي إلى قتل نجاح مهنة. ونحن كقادة لدينا مسؤولية ضمان أن حكمنا على الناس يجب أن يستند إلى أدلة واتجاهات عملية وليس على قصص أو حوادث معزولة.

سوف تواجه فشلاً فلا تندم. أنا محظوظ لأن لدي رئيسًا لا يركن إلى الفشل ولكنه يريد أن يعرف عن الفكرة الجيدة التالية وهذا الأسلوب في القيادة مهم. من المتوقع حدوث الفشل الإداري في عيادة كليفلاند ولذلك فإننا نشجع الابتكار ولكن الاستسلام وعدم المحاولة مرة أخرى أمر غير مقبول. عندما كنت أكتب مقالة لمجلة هارفارد بيزنس ريفيو (Harvard Business Review) حول تجربة المريض، سألني المحرر ما الذي سأغيره لو عاد بي الزمن إلى الماضي فأجبته «لا شيء» وأضفت أن تقدمنا هو الأثر الصافي للنجاح والفشل وأن كل ما قمنا به قد أسهم بطريقة ما في إنجازاتنا. ليس كل شيء حاولنا عمله قد تم بنجاح ولكننا مصرون على جذب أنفسنا بعيدًا عن الأرض ومحاولة النهوض لتحقيق أشياء جديدة. لكل حالتين من حالات الفشل هناك من يدير الأمر ويشعل طريقنا ويدفعنا إلى الأمام بما في ذلك برنامج تجربة عيادة كليفلاند المتمثل في فيديو التعاطف، وقممنا، وبرنامج الاتصال الطبي ضمن برامج أخرى. تعلم من الفشل ولكن احتفل بالنجاحات.

يجب أن يكون الجميع على متن الحافلة. ومع تعزيز مبادرتنا الإستراتيجية لتطبيق بصمة مقدم الرعاية فإن كل فرد مهم ولا يجب استثناء أي شخص وأشير على وجه التحديد إلى الأطباء. سمعت ذات مرة من أحد مستشاري الرعاية الصحية التنفيذيين يقول إن الأطباء مشغولون عادة وفي نهاية الأمر سوف يحصلون عليه فقط، وهناك من سيقود المشروع غيرهم. خطأ! يجب على الأطباء ليس فقط «الحصول عليه» بل يجب أن يشاركوا في قيادة وإدارة تجربة المريض وبدون تبنيهم ومشاركتهم فإننا قد نفشل.

عليك أن تعتني بموظفيك. موظفونا - مقدمو الخدمة - هم أهم استثمار لدينا. إن تقديم الرعاية للمرضى عمل شاق وعلينا أن نتأكد عندما نبحث عن مقدمي الرعاية. وتُعدُّ المستشفيات أماكن خطرة فنحن نقتل الناس كل عام بلا تعمد، ولكن الحوادث والأخطاء في تقديم الرعاية الصحية موثقة بشكل جيد وجميع من في الخطوط الأمامية يفهمون المخاطر. يجب على مقدمي الرعاية لدينا أن يراجعوا ما يمارسونه في الوقت الراهن وفي كل يوم وفي كل دقيقة. ويجب علينا عدم السماح لهم بمواجهة بيئة خطيرة تتسم بعدم التيقن والقلق والتحرش أو الاعتداء عليهم. وعلينا أن نعتمد سياسة عدم التسامح إطلاقاً ضد إساءة التعامل مع الناس. ومعظمنا لا يمكنه أن يتصور كيف يبدو حاله عندما يقود سيارته ذاهبًا

لعملــة كل يوم وهو خائف من التفاعل مــع زميل عمل يعتدي عليه. أو كيف يبدو حالك وأنــت في المنزل يوم الأحــد وينتابك القلق من مواجهة بيئة عمــل خطرة مرعبة غير ودية وسامة. لكنني أعرف ذلك الشعور وهناك أشخاص يقرؤون هذا الكتاب ويعرفون أيضًا ذلك الشعور. وعلينا أن نفعل الأفضل لأنّ موظفينا يستحقون الأفضل ومرضانا يحتاجون الخدمة الأفضل.

عليك أن تفعل أشــياءَ يقول الناس عنها أنها لن تنجح. لو كنت أحظى بخمســة سنتات مقابل كل مرة يقول فيها شــخص ما «بأن طريقتنا لن تنجح» لكنت قد تقاعدت وجلســت أعد الأمواج على الشــاطئ في مكان ما. ولو كنت ســمعت ما يقولون لما فعلنا شيئًا وكانت مجموعة من أفضل نجاحاتنا في وقت واحد معرض للخطر؛ وذلك لأن الناس تحدثوا ضدها. إن المواهــب في هذا العمــل مهمة. خذ الوقت لفهم منظمتــك ومعرفة موظفيك وقادتك واعمل على فهم ما هو مهم بالنســبة لهــم واجعل لك حلفاء في جهودك. وبمجرد أن يكون لديك قدم صلبة وتحدد مجموعة من المؤيدين شاركهم ليساعدوك ويعطوك أفكارًا جديدة. ويومًا ما ســوف تسجل شخصية قوية اعتراضًا على فكرة جديدة وسوف يكون هنالك مدير تولى منصب الإدارة منذ فترة طويلة وهو يرى أنه قد فعل كل شيء. وســيكون هناك مدير من ذوي الخبرة الذي يعرف من جميع وظائفه الســابقة أن شــيئاً من هذا القبيل ببساطة لن ينجح. لذلك فلا ينتابك الخوف من ســحق الحكمة التقليدية. إن الشــجاعة والاستعداد من حين لآخر قد تصنع أعداء ولكن الخطر يستحق ذلك من أجل إحداث تأثير تنظيمي.

تحــرك بسرعة. في حين أن معظم جهود التحســين تســتغرق وقتًا طويــلاً ويجب اتخاذ قرارات مدروســة فــإن بعض الأفكار الجيدة فقــط تحتاج من يبدأ بهــا. وكان لا بد لي من أن أدفع أعضاء فريقي بشــكل جنوني عندما أتيت في بداية الأســبوع وألقيت فكرة لمبادرة جديدة. وهم ينظرون لي وكأني شخص غير منظم وغريب الأطوار. من فضلك لا تسئ فهم ما أقوله. إن القيادة الجيدة وإدارة العمليات تتطلب تخطيطًا وتنفيذًا دقيقًا في معظم الوقت. ولكن لا تعرقل نفسك بعقلية أن كل فكرة جيدة ومشروع تحتاج إلى خطة عمل شاملة وخارطة بــيرت [٢] (PERT chart). إن بعض أقوى نجاحاتنا جاء من أفكار جيدة بدأنا للتو تنفيذها. لقد زارنا مرتين في عيادة كليفلاند مديرون تنفيذيون من نظام مستشــفى الســاحل الشرقي الكبير القيام وذلك ليســمعوا عن إســتراتيجية تجربة المريض وجــولات القيادة. وقد أرادوا

زيارتنا مرة أخرى «ليروا مرة أخرى كيف نفعل ذلك». وقد رفضت وأوصيت المستشفى ببدء الجولات الميدانية وأن يعملوا إصلاح مكامن الخلل أثناء العمل بشكل مباشر.

فطالما أنك تدرك حجم المشكلة ولا تستعجل عمل شيء بشكل سريع وكبيرة جدًّا «وليس على نطاق المؤسسة على الفور». هناك شيء يمكن أن يقال بمجرد بدء مشروع لمعرفة طريقنا الذي نسلكه. وفي بيئة الرعاية الصحية اليوم، حيث التغير السريع والمستقبل غير مؤكد، وسرعة التبني يمكن أن يكون حاسمًا.

تحمل المخاطرة، كونك معرضًا لها، وتحلَّ ببعض الجرأة. أعتقد أن أحد أفضل الإطراءات التي وجهها لي أحد زملائي يومًا ما كان عندما طلبت منه أن يصف أسلوبي في القيادة حيث قال لي «جريء» لم أكن متأكدًا ماذا كان يعني في ذلك الوقت، لكنه قال لي « لقد توليت عملًا لم تكن تعرف عنه أي شيء وهو تحسين تجربة المريض. وتحديت التفكير التقليدي ولم تكن خائفًا من أن تقدم شيئًا مشوشًا عندما قدمت برنامج تجربة عيادة كليفلاند، إنك لا تيأس أبدًا!». ونظرة للماضي فهمت اليوم وبشكل أفضل ماذا يعني ذلك. لقد غلف تقديم الرعاية الصحية وعمليات المستشفيات بالتراث والتقاليد ويحتاجان إلى هزة قليلًا لتنفيذ تحسين تجربة المريض التي تتطلب همة وتتطلب أيضًا جهودًا حثيثة لمواصلة المحاولة والعمل على التحسين حتى عندما لا يبدو أن الأمور تسير على طريقتك. لقد وصفته بيث موني (Beth E. Mooney) رئيس مجلس الإدارة والرئيس التنفيذي لشركة كيكورب، ورئيسة جودة السلامة عندنا ورئيسة لجنة مديري تجربة المريض، بأنه «تدريجي لا هوادة فيه» [٣].

ويتطلب الأمر أيضًا أن تكون معرضًا للخطر وهو ما يعني استعدادك لأن تكون غير مرتاحًا، وأعتقد بأننا أصبحنا أكثر تحصينًا في الوضع الراهن ولكننا أكثر قلقًا بشأن الحفاظ على الوظيفة، إسعاد ومجاملة زميل. إذا كنت غير مستعد أن تتحمل المخاطر -وهذا يشمل أمانك الوظيفي -فلن تقدم حقًا على التغيير التحولي. وتتطلب المخاطرة شجاعة واستعدادًا للتعرض للخطر.

لا تنسَ أبدًا من أين أتيت أو من الذي ساعدك على الوصول إلى هناك. لا أعتقد أن هذا يحتاج إلى الكثير من التوضيح. إنه أمر قاله لي والدي. لقد رأيت الناس يتفوقون بسرعة في المناصب القيادية ثم يميلون إلى إغفال فريقهم الذي ساعدهم على الوصول إلى هناك.

عاطفتنا هي التي تحدد همتنا:

في كل جزء من نظام بيئة الرعاية الصحية. ما يربطنا معًا - سـواء كنت تعمل في مجال الرعايــة الصحية- يُوَظَّفُ من قبل منظمة تدعم الرعاية الصحية أو تعمل في أي مجال آخر ويومًا ما سـيكون الجميع مرضى حتى أنت. ويعد مقدمو الرعاية الصحية أنفســهم من بين مجموعة النخبة ويومًا ما سوف يحتاج الجميع ما نقدمه.

عندما تولى بات ريان (Pat Ryan) منصب الرئيس التنفيذي لشركة بريس غاني (Press Ganey) في عام ٢٠١٢م، جاء إلى عيادة كليفلاند للحديث عن أهدافه للشركة وكيف يعتقد أنه يمكن أن يسـاعد في تحسين تقديم الرعاية الصحية. لقد أدهشني بكلمته اختيار. وكان تركيزه أقل على منظمته وأكثر على شـغفه الشـخصي لتحسـين أفضل لنظام يشعر بأن فيه الكثير من العيوب التي تؤثر سلبًا على المرضى. في حديث سابق وصف تنسيق الرعاية لأخته التي عاشــت خارج الولاية لأنها لم تتمكن من الوصول إلى مقدم الخدمة لها. وناقش تفاقم الوضع بينما كان يحاول مسـاعدة شـقيقته في الحصول على الرعاية وقال إنه كان يشاركها القلق من عدم القدرة على التواصل مع مقدمي الرعاية لها. وقد شـاركنا على مر السـنين في الحديث عن أعمالنا باسـتخدام قصص شـخصية وعائلية كان لها تأثير على تفكيره حول الطرق التي يمكن من خلالها تحسـين الرعاية الصحية. وأعلن مؤخرًا أن المسؤولية والغرض من صحيفة غاني هو مساعدة منظمات الرعاية الصحية للعمل على الحد من معاناة المرضى، بعيدة كل البعد عن المنظمة التي تجمع وتوزع البيانات. ويسـتمد بصيرته في الأعمال من خبراته وأفكاره للعمل على تحسين المنظمة التي تؤثر على الرعاية الصحية للكثيرين.

تحدث روبرت هـ. بازيمور (Robert H. Bazemore)، الرئيس السـابق لشركة جانسن بيوتيـش (Janssen BioTech) والذي يتولى حاليًا رئاسـة التسـويق الإسـتراتيجي لشركة جونسون وجونسون (Johnson & Johnson)، في قمة تجربة المريض السنوية لعام ٢٠١٢م حول الكيفية التي يمكن بها لصناعة الأدوية أن تتعاون مع مقدمي الرعاية الصحية لتقديم رعاية أفضل للمرضى. وقد فاجأ الجمهور عندما اعترف بأنه أحد الناجين من السرطان حيث تم إنقاذ حياته عن طريق دواء تنتجه شركته وكان الجميع منجذبًا لحديثة لدرجة أنه يمكنك أن تسـمع سـقوط الدبوس في القاعة. تحدث عن «العيش على الجانب الآخر من الرعاية

الصحية» كمريض وكيف كانت تجربته وتعاطفه يدفعانه إلى الطريق الذي يقود به شركته كل يوم.

لقد كان لاري روفو (Larry Ruvo)، كبير الإداريين لمصنع العصائر والمشروبات الجنوبي في ولايــة نيفــادا، مؤيداً عاطفياً لتجربــة المريض وأحد الدعاة إلى إبــراز أهمية دور الاسرة كمقدمــي رعاية غير الطبية وذلك في إدارة الأمــراض المزمنة حيث كان روفو مقدم الرعاية الرئيسي لأبيه، لويس، الذي عانى من مرض الزهايمر. وقد اســتثمر لاري (Larry) الملايين في أبحاث أمراض الدماغ من خلال مؤسســة «حافظ على الذاكرة «ودعم مركز عيادة كليفلاند لــو روفو لصحة الدماغ (Cleveland Clinic Lou Ruvo Center for Brain Health) في لاس فيغاس.

وقد أجرى روفو (Ruvo) مقابلة مع ســيغفريد فيشباشر (Siegfried Fischbacher)، الشريــك الأبدي ومقدم الرعاية الحــالي لروي هــورن (Roy Horn)، الذي أصيب بجروح مأســاوية خــلال عــرض ســيغفريد وروي (Siegfried & Roy) في فنــدق وكازينو ميراج (Mirage) في لاس فيغــاس في عــام ٢٠٠٣م[٤].عــلى رابط فيديو من مركــز لو روفو لصحة الدماغ (Lou Ruvo Center for Brain Health). وقد أجرى روفو (Ruvo) مقابلات مع فيشــباشر (Fischbacher) عن تجربته كمقدم للرعايــة. وقد كانت المقابلة مكثفة، مؤثرة ومنكشــفه. كان فيشباشر (Fischbacher) صريحا وسريع التأثر حول حبه لهورن (Horn) والتحديات التي واجهته في مســاعدته من خلال تعافي طويل وصعب للغاية. وقد تقاســم الفنان الشــهير نجم الروك (rock-star)، وتقاسم عاطفيًا تحديات رعاية أحد أحبته، وأظهر الجانب الآخر لتجربة المريض «تجربة مقدم الرعاية».

ثلاثة أشــخاص وثلاث قصص مختلفــة جدًا وكلها في وضع يمكنهــا أن تؤثر على الرعاية الصحية. تســاعدك قصصهم أيضًا على سرعه فهم كيف تلامس تجربة المريض كل واحد منا بطريقة خاصة جدًا.

مثــل ريان (Ryan)، بازيمور (Bazemore)، روفــو (Ruvo) وغيرهم الكثير ممن ذكروا في هذا الكتاب الذي كان من دواعي سروري العمل معهم وكان شــغفي للتحســين متجذراً في التجربة الشــخصية، من كوني على الجانب الآخر ومن عملي في الخطوط الأمامية لرعاية

المــرضى وهذا هــو التعاطف في جوهره: أي فهــم ما يمر به المرضى وتقديــر ما يتعرض له مقدمــو الرعاية عند تقديــم عناية عظيمة. ومن المفيد جدًا أن يضــع القياديون في المراكز المهمة أنفسهم في مكان الطرف الآخر ويشعرون بوضعه ويأخذون وقتًا لفهم ما يعني ذلك الوضع. وسواء وضعت نفسك في مكان المرضى في مجال الرعاية الصحية أو العملاء في صناعة أخرى، فســوف تكسب رؤية رائعة، وإحساسًــا أكثر دقة، وفهمًا أكثر وضوحًا لما تحتاج إليه أنت ومنظمتك لتقديم تجربة رائعة.

عيادة كليفلاند مكان رائع:

إن المنظمة على ما هي عليه اليوم بسبب تاريخها الطويل من الابتكار والقيادة والرؤية، والعمل الشاق من الكثير من الناس. قد تقرأ أجزاء من قصتي هنا وتعتقد أن عيادة كليفلاند قبل كوســغروف (Cosgrove) كانت تقاد، كآلة غير وديــة تعتني فقط بالعمل الإكلينيكي وليــس بالمرضى. لا شيء يمكن أن يكون أبعد عن الحقيقة من ذلك. فعيادة كليفلاند لم تكن تقدم للمرضى رعاية عالية الجودة فحســب، بل كانــت تعاملهم في معظم الأحيان باحترام وشــفقة وكرامة. أنا واثق من أنه في مقابل كل قصة مريعة مثل قصتي، كان هناك عشرات من الأمثلة الرائعة التي ترسم صورة مختلفة جدًا.

ومع ذلك كانت عيادة كليفلاند متناقضة ولم يكن لديها تركيزٌ موحدٌ يضع المريض في القلب وهو ما كان يحتاج إلى التغيير. وقد قام كوسغروف بتوجيه السفينة في اتجاه المرضى ولم ننظر إلى الوراء منذ ذلك الحين. هذا الكتاب يخبرك عن كيف أبحرنا ومهدنا الطريق وغير ذلك.

قــد يدعي البعض أنه من المقبول في تجارب العمــلاء أن نتبع منحنى التوزيع الطبيعي النموذجــي على شــكل الجرس، حيث إن بعض تلك التجارب مروعــة، وأكثرها جيدٌ، وعدد قليل منها استثنائي. ومع ذلك فإن الطريقة التي نتعامل بها مع عملائنا - المرضى - في الرعاية الصحية ينبغي ألا تصف على منحنى الجرس. لا يمكننا أن نقبل بأقل من تقديم رعاية آمنة متسقة عالية الجودة رحيمة ومتعاطفة. من الذي يريد أن يكون هو المريض أو الأسرة التي تكون في قاع منحنى التجربة على شــكل الجرس؟ وأســتطيع أن أقول لكم من خلال تجربة الشخصية، لا أحد. وإذا كانت عائلتي في القاع فإن الكثير من الآخرين كانوا كذلك.

عندما بدأنــا عملنا لم يكن لدى معظم العاملين لدينا في الخطوط الأمامية من ممرضين وخاصة الأطباء أي فكرة عن أن رضا المرضى لدينا كان غير متســق كميًا أو حتى يتم قياسه. ولم يســمع الكثيرون من قبل عن اســتقصاء تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعايــة الصحية وأنظمتهــا (HCAHPS). وكانت درجات رضا المــرضى المنومين لدينا من بين أدنى المعدلات في البلاد. وكنا في المئينية الخامســة (Th Percentile5) في مستوى نظافة غــرف المستشــفى. ولم نكن أفضل بكثير بالنســبة لمدى هدوء غرفنــا في الليل حيث كنا في المئينيــة الخامســة (Th Percentile5) أيضًا. ربما أكثر ما يزعج الجميــع أننا كنا في المئينية الرابعة عشرة والسادســة عشرة (14^{th} &16^{th} Percentiles) على التوالي لمدى اتصال الأطباء والممرضين لدينا مع المرضى. وقد تم تصنيف عيادة كليفلاند في المئينية السادســة عشرة بين ما يقرب من ٥٠٠٠ مستشفى في الولايات المتحدة. وفي تقييم خارجي آخر المقارنة المرجعية لتحالــف النظــام الصحي لجامعــة أكلاهوما (UHC) لمن حيث التركيــز على المريض، جاء تصنيفنا في المرتبة ٥١ من أصل ٩٨ مستشفى رفع تقاريره. وبالنسبة لمؤسسة ينظر إليها على أنها أفضل مركز طبي في العالم، وتعد أفضل مستشــفى حســب تصنيف يو إس. نيوز وورد ريبــورت (U.S. News & World Report) فقــد كان الحصول على تقييم منخفض ســيئًا لمرضانا وغير متوافق مع علامتنا التجارية. وكان لا بد من فعل شيء.

واليوم وكنتيجة لمبادرة تجربة المريض وغيرها من الجهود، فقد قمنا بتحويل منظمتنا تقريبًــا، كــما هو مبين في الأشــكال مــن ١-١٣ إلى ٦-١٣. وقد تحرك مجمــوع درجتنا في تقييم مستهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) من المئينية السادســة عشرة (16^{th} Percentile) إلى ما يقرب المئينية السادســة والستين (66^{th} Percentile). وراوحــت درجتنا في مجــال اتصالات الممرض والطبيب بين المئينية ٦٧ و٧٩ (67^{Th} &79^{Th} Percentiles) على التوالي. أما نتائج ســمعتنا (التقييم العام) فقد كانت أعلى من المئينية الثانية والتســعين (92^{nd} percentile). ونحن نقود معظم نطاقات تقييم مســتهلكي خدمات المستشــفيات لمقدمــي الرعاية الصحية وأنظمتهــا (HCAHPS) أمام مجموعات الأقران التنافســية الرئيســية، بما في ذلك أفضل خمسة مستشفيات في الولايات المتحــدة وفقًــا لتقرير (U.S. News & World Report) وأكــبر المراكز الصحية الأكاديمية بســعة ١٠٠٠سرير أو أكثر في موقع واحد. ومن بين أكثر من ٤٠٠ مستشــفى مشارك نحتل

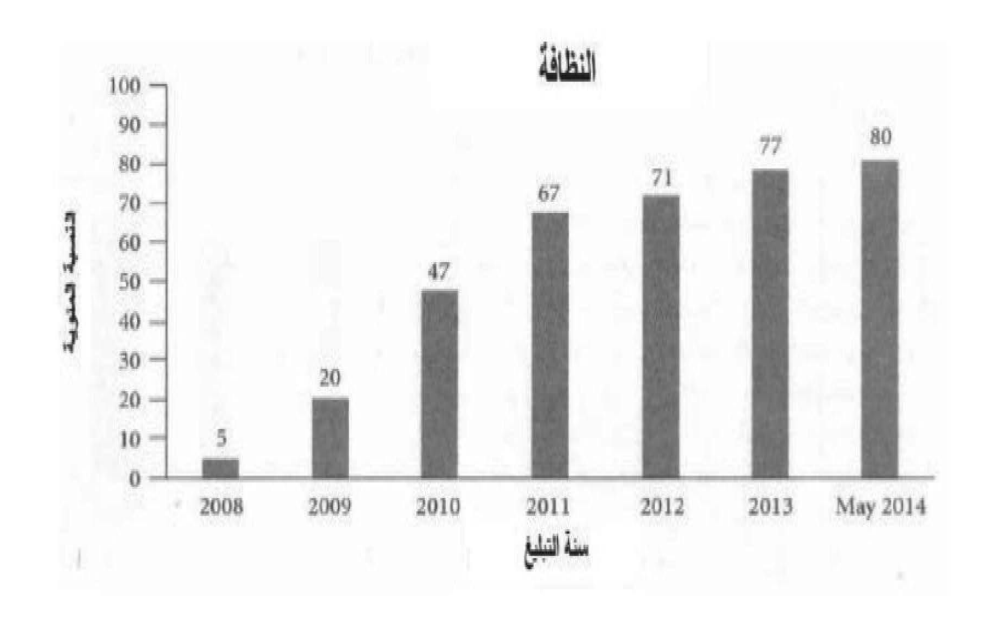
المرتبــة الثالثة في المقارنة المرجعية لتحالف النظــام الصحي لجامعة أوكلاهوما (UHC) في معيار التركيز على المريض.



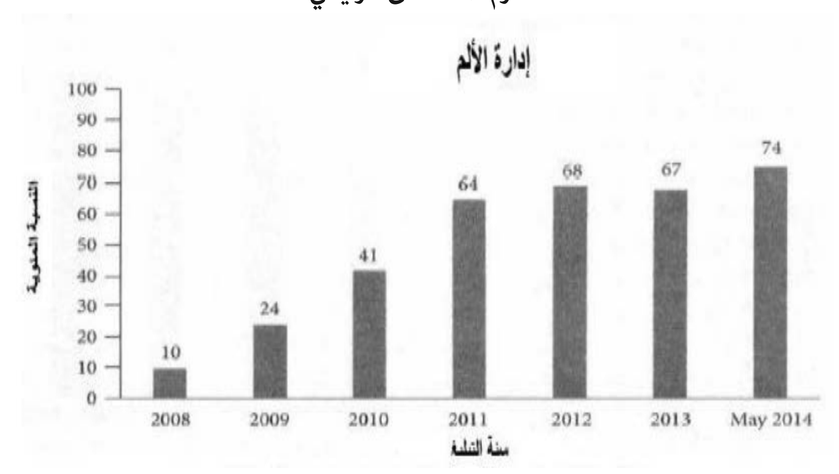
شكل(١-١٣)تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) الشامل- حرم المستشفى الرئيسي



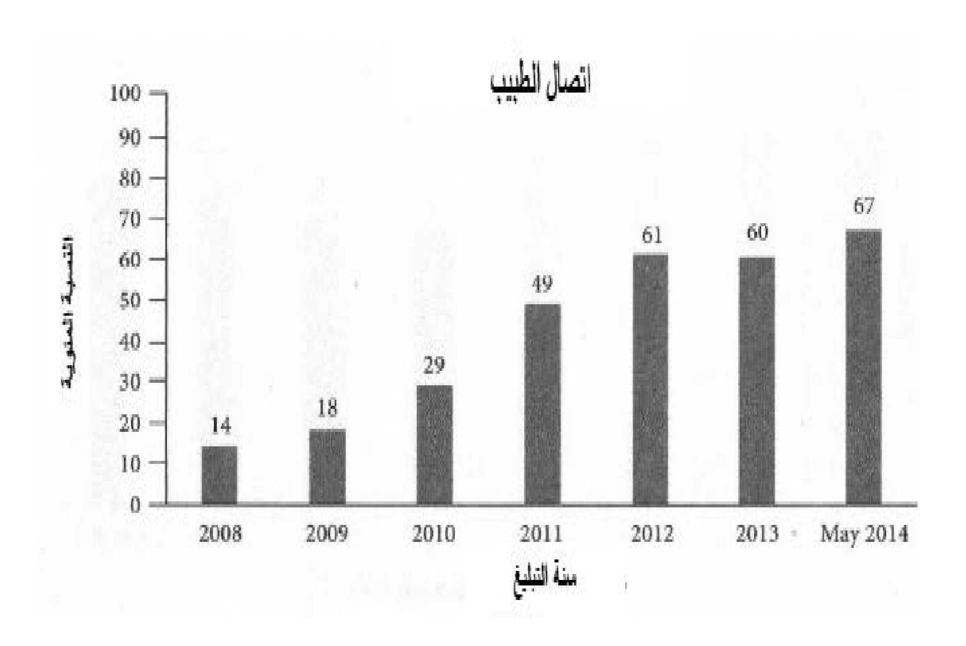
شكل(٢-١٣)تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) تواصل الممرضات- حرم المستشفى الرئيسي



شكل(٣-١٣)تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) النظافة- حرم المستشفى الرئيسي



شكل(٤-١٣)تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) إدارة الألم- حرم المستشفى الرئيسي



شكل(٥-١٣)تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) اتصال الطبيب - حرم المستشفى الرئيسي



شكل(٦-١٣)تقييم مستهلكي خدمات المستشفيات لمقدمي الرعاية الصحية وأنظمتها (HCAHPS) للخروج - حرم المستشفى الرئيسي

وبعيدًا عن البيانات فإن التحســن واضح. نســمع قصصًا بشــكل يومــي من المرضى أو أفراد الأسرة حول كيف تغيرت عيادة كليفلاند. غالبًا ما يقول كوسغروف (Cosgrove) إنه عندما أصبح رئيسًا تنفيذيًّا فاق عدد المشتكين عدد المطرين حول عيادة كليفلاند. أما اليوم فالوضع مختلف حيث إن تحســين تجربة المريــض عبارة عن رحلة لا تنتهي أبدًا ولا وجود فيها إلى وجهة نهائية. لقد قمنا بشكل واضح بعمل أكثر مما يعتقده الآخرون وحولنا مركزًا طبيًّا أكاديميًّا تقليديًّا إلى بيئة محورها المريض والأسرة.

لقد طلبت منك في بداية الكتاب التفكير في الطب قبل مائة عام. تخيل الآن ما سيكون عليه حال الطب بعد مائة عام من اليوم. قد يكون هناك آلات يمكنها مسح المرضى وتستأصل المــرض في الحــال! ولكن هل تتغــير الاحتياجات العاطفية والروحية للبشر؟ هل ســيطلب المرضى العلاج والشــفاء بصرف النظر عن الرحمة والرعايــة والتعاطف، بحثًا فقط عن حل لمشاكلهم؟ آمل أن يكون دور التعاطف والإنسانية والتعاطف مازال قويًا.

يجــب أن تلقى سلســلة ال ٣٦٠ درجة لتجربــة المريض اهتمامنا الدائــم. فالعمليات والأساليب تتطلب القياس والتكيف المستمر. ويجب علينا أن نسعى جاهدين لتذكير جميع العاملــين معنا أنهم مهمــون، وأن ثقافة الأداء العالي التي تضع المرضى في المركز تتطلب منا أن ننتبــه إلى تطويــر مقدمي الرعاية. إن الرجوع مرة أخــرى إلى عقلية القيام بعمل وليس الاندفاع العاطفي يمكن أن يولد خطراً على السلامة، وانقطاعاً في الجودة أو فشلاً في الخدمة.

ويجــب علينا أيضًا التأكد من أننا نســتمع إلى العملاء ونســتجيب لاحتياجاتهم. ونحن نميــل إلى الاعتقــاد أننا نعرف ما هــو أفضل للناس، الأمر الذي يقودنــا في كثير من الأحيان إلى التحــدث أكثر والاســتماع أقل. ويجب علينــا ضمان فهم المرضى كأشــخاص وأن نعالج احتياجاتهــم العاطفية والروحية وكذلــك احتياجاتهم الطبية. ونســتخدم الترديد المتبادل للتأكــد مــن أننا نفهم مرضنا وأنهــم يفهموننا. ونحن في نهاية المطــاف في نوع من خدمة الأعمال حيث الزبون ليس دائمًا على حق. ولدينا التزام بمســاعدة المرضى وأسرهم على فهم ما سيحدث لهم في كل خطوة على طول الرحلة، ولكن يجب أن يكون المرضى وأسرهم شركاء جيدين لنا أيضًا.

ولو تحدثت لي قبل عشرين عامًا عن تجربة المريض لتعجبت عما تتحدث عنه. ولو كنت قلت قبل عشر ســنوات أنك ســوف تقود جهود تحســين تجربة المريض في عيادة كليفلاند

لكنت قد ضحكت. وقد تحداني مراســل قبل خمس ســنوات أن أثبت بأننا قد أحدثنا فرقًا. وقد تمكنا اليوم من احداث التحول في المنظمة وســاعدنا في قيادة صناعة الرعاية الصحية. وفي عام ٢٠١٣م اختارتني شركة المراســل، قياديو الصحة للإعلام (Media Healthleaders) كواحد من ٢٠ شخصًا جعلوا عالم الرعاية الصحية أفضل (٥) وهو منعطف مذهل للأحداث.

كنت أعلم بأن التركيز المطلق على المريض والأسرة هو الشيء الصحيح الذي يجب القيام بــه، وأنه من المفــترض أن يكون ذلك ديدن الجميع في هذا العمل. وأنا محظوظ لأني أعمل في واحدة من أفضل مؤسســات الرعاية الصحية في العالم، ولكن مازال بوســعنا فعل ما هو أفضل. إن العمل صعب ويتطلب الحفاظ عليه اهتمامًا مســتمرًا. لقد ســاعدتني الرســائل التي تلقيتها من المرضى والأسر ومقدمي الرعاية على الاســتمرار في تحســين تجربة المريض. وذكــروني لماذا نحن هنــا وقد وضعت جميع من يقرأ هذا الكتــاب ممن يعمل في الرعاية الصحية أو أي مجال صحي في تحدٍّ أن يستخدم قصص المرضى المؤثرة للتأثير عليكم كذلك.

إن تحسين تجربة مرضانا ليس مقصدًا بل رحلة. ويأتي النجاح بخطوات تدريجية تتحقق من خلال الاهتمام بالأشياء الصغيرة، وتحميل الناس المسؤولية ودفع الإستراتيجية إلى الأمام. إن تجربة المريض لا تعني جعل المرضى سعداء بل تعني كيف نقدم الرعاية. وآمل أن تصبح تجربة المريض في يوم من الأيام ليســت عملية أو إستراتيجية تحتاج إلى أن يقودها مسؤول تنفيذي، بل أن تصبح ببساطة حالة تُقَدَّمُ من خلالها الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم. قد يكون هذا غيرَ واقعي أو غير مثالي ولكن تركيزنا يجب أن يكون دائمًا على تحسين الرعاية وكيفية تقديمها، وتوفير خدمات طبية آمنة وعالية المستوى!

نحــن نعمل في مجال يتم فيه تعريف علامتنا التجارية من خلال مدى اهتمامنا بالناس بما في ذلك الأمور البسيطة. وفي ذات مرة قال لي قائد الطائرة أن كل شيء على قائمة التدقيق على الرحلة ما وجدت إلا بسبب أن الخطأ فيها قد يكلف حياة شخص ما. إن مجرد تحقيق منهج ســيجما ســتة للجودة (Six Sigma quality) ليس كافيًا لضمان تجربة ناجحة. عند النظر في مقاييس المستشفى على مستوى المنشأة فإن حدثًا سيئًا واحدًا من ١٠٠٠ حدث قد لا يبدو ســيئًا بالنســبة لنا كقادة، ولكن هذا الحدث يمكن أن يكون له عواقب وخيمة على مريض واحد وعائلته وأصدقائه، والجميع حولهم. تؤدي الأخطاء الطفيفة إلى أحداث كارثية وحكم أو سلوكيات سيئة وتخلق تجارب لن ينساها الأفراد أبدًا وقد لا يتعافون منها أبدًا.

إن هدفنا الجماعي بسيط ويتمثل في تقديم أفضل تجربة ممكنة لمرضانا - أو كما يشير ريــان (Ryan) إلى تقليل معاناة المرضى. إن هذا هو الشيء الصحيح الذي ينبغي القيام به، إنها الطريقة التي نريد أن يتم الاهتمام بنا، وهي الطريقة التي نريد أن تعامل بها عائلاتنا. لن يأتي النجاح بسرعة أو بســهولة، ولكن ســيتم تحقيقه من خلال القيادة والإســتراتيجية والتركيز والعزم. ويجب علينا أن نسعى جاهدين إلى القيام بالصواب في كل وقت. ولن نقبل بتقديم خدمة أقل لأنفسنا أو لأسرنا وبالتالي ينبغي ألا نقدم خدمة أقل للناس.

الخاتمة

لدينا مسؤولية القيادة


٣١٠

الخاتمة

لدينا مسؤولية القيادة

لقد جاء العديد من أفضل أفكار عيادة كليفلاند من دراسة أفضل ممارسات الآخرين، لذلك فقد كان من أولويات أهدافنا المساعدة في تشكيل المجال الناشئ لتجربة المريض من خلال مشاركة ما كنا نتعلمه ونقوم به. نحن على حد سواء مستمعون نشطون ومشاركون بالمعلومات. ونحن نعتقد في الجمع بين الناس للتواصل، وتبادل الأفكار، والتعلم، ومساعدة الآخرين لتحسين ما نقوم به للمرضى ولكن الأمر أكثر من ذلك. إنها تعتبر حركة.

وفي عام ٢٠١٠م أنشأنا القمة السنوية لتجربة المريض وأطلقنا عليها «قمة التعاطف والابتكار». وعندما أعقدها كل عام فإني أذكّر الحضور بأنني مثلهم تمامًا، شخص يعمل بجد في الخطوط الأمامية لتحسين تجربة المرضى. وأتعهد بمساعدتهم وأطلب منهم مساعدتي من خلال تبادل المعلومات وتبادل الأفكار، والتواصل من أجل تعزيز هدفنا الجماعي المتمثل في تحسين تجربة المريض معًا. ومنذ عامنا الأول فقد ازداد عدد الحضور إلى أكثر من ٢١٠٠ شخص يمثلون ٤٩ ولاية و٣٩ دولة، مما يجعل تلك القمة من أكبر القمم المستقلة من نوعها في العالم. لقد استقطبنا الشركاء للمساعدة في دفع هذا التغيير المهم جدًا، بما في ذلك الجمعية الأمريكية للمستشفيات والجمعية الطبية الأمريكية، ورابطة المراكز الصحية الأكاديمية، وجمعية طب المستشفيات، وتحالف النظم الصحية بالجامعة. إننا نجمع بين قيادة الفكر الجماعي لدفع المزيد من الحوار نتشارك ما نعرفه لمساعدة زملائنا على التحسن.

وتعكس جداول الأعمال مجموعة متنوعة من المواضيع. افتتح أندرو سي. تايلور (Andrew C. Taylor) الرئيس التنفيذي لشركة إنتيربرايس هولدينغز (Enterprise Holdings, Inc.) الشركة الأم لشركة ألامو لتأجير السيارات (Alamo Rent-A-Car) وإنتيربريس لتأجير السيارات (Enterprise Rent-A-Car) والوطني لتأجير السيارات (National Car Rental)، أول قمة بخطاب عاطفي حول أهمية خدمة العملاء والحاجة إلى إبقاء العملاء في صميم كل شيء في مجال الأعمال. وقد أرجع ابن المؤسس الأسطوري جاك تايلور (Jack Taylor) النجاح الدائم للشركة إلى إستراتيجية المؤسسة التي تركز على العملاء.

وقد جاء من قائد أعمال جيد في منظمة مستهلكة ناجحة جدًا. وقد عززت ملاحظات تايلور بقوة المبادئ التي نعتقد أنها مهمة وقابلة للنقل في مجال الرعاية الصحية.

وفي كل عام يتم رصد حدث وهو تجمع هيئة المديرين التنفيذيين والتي تتألف من كبار القياديين في المستشـفيات من جميع أنحاء الولايات المتحدة. وقد ضم المشاركون، بالإضافة إلى كوسغروف (Cosgrove)، كورت نيومان (Kurt Newman) من النظام الصحي الوطني للأطفال، ومارك بوم (Marc Boom) من مستشـفى هيوسـتن ميثودست، وديفيد فاينبرغ (David Feinberg) مـن النظام الصحي لجامعة كاليفورنيـا، ومايكل داولينغ (Michael Dowling) من النظام الصحي اليهودي لشـور لونغ آيلاند، وشـارل سورنسون (Charles Sorenson) مـن شركـة إنتيرمونتين للرعايـة الصحيـة (Intermountain Healthcare)، وروبرت بريور (Robert Pryor) من بايلور سكوت آند وايت هيلث. حيث كانت مناقشة قوية دامت سـاعة حول القيادة، والثقافة، وتجربة المريض. حيث شاركوا بأفكارهم وتحدى بعضهم بعضًا وأجابوا عن أسئلة الجمهور.

لقـد كان لدينا مجموعة رائعة مـن المتحدثين من مجالات مختلفـة في تقديم الرعاية الصحيـة أو ذات العلاقة بها. وشـاركنا جيرارد فان غرينسـفين (Gerard van Grinsven) الرئيـس والمدير التنفيذي لمراكز علاج السرطـان في أمريكا، الذي جاء من شركة فندق ريتز كارلتون، في توضيح كيف تساعد الإدارة على تحسين التواصل العاطفي للمرضى مع المنظمة. وناقش ديفيد شلانجر (David Schlanger) الرئيس التنفيذي ل ويب أم دي (WebMD)، تعزيـز تجربة المريض من خلال مسـاعدة المسـتهلكين كي يصبحوا أكثر تعلـمًا وانخراطًا، وارتباطًا بصحتهم.

لقد هيأت جنرال إلكتريك، التي قامت بدور الراعي منذ وقت مبكر، كيفا (kiva) لمرتين وهـي عبارة عن غرفة مسـتديرة عملاقة بها لوحات جدارية بيضـاء. ودعا فريق التصميم العالمـي في شركة جنرال إلكتريك للرعاية الصحية بقيادة بوب شـوارتز (Bob Schwartz)، الحضـور لتوضيح أفكارهم على الجدران. لقد أصبحت كيفا (kiva) مركزًا فكريًا حول طرق تحسين تجربة المريض وتأثير الرعاية. كما رعت جنرال إلكتريك متحدثًا شارك بجهود مبتكرة لإعادة تصميم مظهر الماسـحات الضوئية المقطعية (CT) في مستشفى الأطفال في بيتسبرغ لجعلها أكثر ملاءمة للطفل. كل جناح للأشعة المقطعية يتميز بموضوع، مثل مغامرة جزيرة

القراصنة، حيث تم رســم الماســح الضوئي مثل سفينة القراصنة وحولت غرفة لتشبه جزيرة استوائية. ولعب الفنيون والممرضات أدوارهم باستخدام البرامج النصية تحت عنوان تعزيز التجربــة. قد يظن البعض أن هذا هو مجرد تحريف للحقائق، ولكن البيانات التي جُمعت من قبل المركز الطبي تكشف أن آلام الأطفال ومستويات القلق تنخفض عندما يتم تصويرها في هذه الأجنحة.

كل قمــة تحظى بمتحدثين لديهم قصص مذهلة وتأثير حيوي ونجاح تجاوز تخيلنا. وقد أظهر لنا التعطش إلى المعرفة والمشاركة في القمم منذ وقت مبكر الحاجة إلى إبقاء مشاركة الناس في هذا الموضوع على مدار السنة. ونحن نعتقد كذلك أن المرضى بحاجة إلى الاشتراك في المحادثة. على هذا النحو، أنشــأنا جمعية تجربة المرضى (AFPE) في عام ٢٠١٠، www.patient-experience.org/Home.aspx. وهي منظمة مســتقلة غير ربحية (C) 501 (٣) تتمثل مهمتها في تحسين تجربة المرضى من خلال توفير المعلومات والتعليم وفرص التواصل والمــوارد ذات الصلة التي تركز على أفضل الممارســات لمقدمي الرعايــة الصحية وللمرضى وأسرهم ولغيرهم». أردنــا أن تكون الجمعية خالية من التحيز التجاري وعدم الانحياز لأي مصالح تجارية لكي يشــعر الناس بالارتياح عند تبادل الأفــكار والمعلومات. وتعد عضويتها مجانية ويتلقى الآلاف رســائلها الإخبارية التي تمثل المنظمات المتوافقة مع الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم.

وإذا كانــت جمعيــة تجربة المرضى هــي الرابط لمقدمي الرعايــة الأمامية والمرضى فإن معهــد الابتكار هو الذي يربط تجربة المريض مــع منظمات الرعاية الصحية الكبيرة. يوجد فجــوة كبــيرة في المعرفة في مجال تقديم الرعاية الصحية. وببســاطة فليس لدينا في الوقت الحــالي القــدرة على جمع كميات كبيرة من بيانات المستشــفى من مصــادر متنوعة لفهم مشــاكل المرضى المعقدة وتحسين عمليات المستشفى. وعندما تولى بات ريان (Pat Ryan) صحيفــة غاني (Press Ganey)، أراد أن ينشــئ معهداً غير ربحــي للبحوث لصالح مجتمع الرعايــة الصحيــة كافة. وقد كان الغرض من المعهد الجديد هــو الجمع بين النظم الصحية لتبادل المعلومات، وملء الفجوات البحثية، وحل المشــاكل المشتركة. وكنت متحمسًا للآفاق المستقبلية حيث لا أحد عدا الحكومة كان يحاول القيام بذلك. هل يمكننا النظر إلى الملايين من نقاط بيانات المريض من أنظمة متعددة والإجابة عن الأســئلة، مثل: ما أســباب إعادة

تنويم المـرضى، وكيف تزيد من امتثال المرضى للعلاج وكيـف يمكنك إدارة تجربة المريض؟ ويمكـن أن تؤثر هـذه المعلومات تأثيراً كبيراً على الطريقة التي نقدم بها الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم.

لقد وافقت على المشـاركة كعضو مؤسس في مجلس الإدارة، ولكني أردت التأكد من أن المعلومات التي اكتشفها المعهد ستكون متاحة لمقدمي الرعاية في الخطوط الأمامية من أي منظمة تسعى إلى تحسين رعاية المرضى. ووافق ريان (Ryan) وخلصنا إلى أن جمعية تجربة المرضى (AFPE) ستشـكل قناة توزيع مهمة للنتائج وأفضل الممارسـات. وستقوم الجمعية بإدارة النشر إلى أي مستشـفى أو مقدم رعاية يحتاج إلى المعلومات للمسـاعدة في تحسين رعايـة المرضى. وهو تعاون مثير يعد بتحريك البحوث ودفع النتائج إلى الناس الذين هم في أشد الحاجة إليها.

وفي القمة السـنوية الرابعة لتجربة المريض، كانت جمعية تجربة المرضى أول من أدخل مجلة محكمة مخصصة حصرًا لتحسـين كيفيـة تقديم الرعاية للمرضى وهي «مجلة تجربة المريض». تروي قصة الغلاف في العدد الافتتاحي تجربة الطبيبة المروعة في قسـم الطوارئ مع وفاة ابنتها المراهقة، وتسـلط الضوء على الترابـط بين المرضى ومقدمي الرعاية الصحية والمنظـمات الصحيـة. وكتبت ميكا سـولومون (Micah Solomon) مقـالاً خاصًّا بعنوان «العثـور على قلب [المستشفى/حسـن الضيافـة]: رضا المرضى وتجربـة الرعاية الصحية». يناقـش الموازنة بين تقديم الضيافة وتجربة مريض عظيمة. ومع توسـيع هيئة التحرير من الأكاديميين الرواد فسـوف تسـاعد هذه المجلة على تقدم منحة دراسية متقدمة في تجربة المريض.

وسـوف يكون هناك مركز جديـد للتثقيف الصحي على أراضي عيـادة كليفلاند، وهي شراكـة جديـدة رائعة مع جامعة كيس ويسـترن ريزيـرف (CWRU)، وكلية الطب التي أنتمـي إليها ألما ماتر (alma mater) وهي أول مركـز في العالم يتعلم فيه طلاب التمريض وطب الأسـنان والأخصائيون الاجتماعيون وطلاب الطب معًا، وعندما كنت في كلية الطب لم نلتحق بدروس أو نعمل مع طلاب التمريض. تخيل الاحتمالات، فإذا أردنا تعزيز الثقافة التـي نحتاج إليها لتطويـر فرق عالية الأداء والمصداقية في تقديم الرعاية الصحية، فإن هذا هو المكان المناسب للقيام بذلك.

وتعدُّ جامعة كيس ويسترن ريزيرف (CWRU) رائدة في مجال العلاقة المهنية الداخلية لتحسين تقديم الرعاية. وتعدُّ عيادة كليفلاند قائدة في مجال تجربة المرضى حيث تطرح برامج مثل تدريب الأطباء على الاتصال، وقد صُمِّمَ وطُوِّرَ برنامج منفصل لمقدمي الخدمات والممرضات من الدرجة الوسطى. تخيل السيناريو الذي تُدَرَّسُ فيه أساسيات العلاقة المهنية في البرامج الأكاديمية الجامعية لمرحلة البكالوريوس ونفس النموذج ينفذ لمرحلة الدراسات العليا في التعليم الطبي والتطوير الوظيفي التمريضي المبكر ومن ثم يصبح المعيار التشغيلي لتقديم الرعاية في وضع المستشفى والحفاظ على الصحة. سوف تكون فرصة تحويل تقديم الرعاية وتجربة المريض مدهشة!

وكان الرئيس أوباما (Obama) قد أشار سابقًا إلى عيادة كليفلاند بأنها «واحدة من أفضل أنظمة الرعاية الصحية في العالم». وقام بتكريم المستشفى والدكتور كوسغروف (Cosgrove) من خلال مطالبته بأن يصبح وزير شؤون المحاربين القدامى على أمل أن يحول النظام الصحي لشؤون المحاربين القدامى (VA) بطريقة مماثلة للتي تم بها تحويل عيادة كليفلاند. ولا يختلف النظام الصحي لشؤون المحاربين القدامى عن أي نظام رعاية صحية الأخرى في الولايات المتحدة. كل يوم يدخل مقدمو الرعاية أبواب مرافق النظام الصحي لشؤون المحاربين القدامى في جميع أنحاء البلاد عازمين على العمل الجاد والقيام بما هو صحيح لمحاربينا القدامى ويجب علينا ألا نفقد التبصر في ذلك أبداً. فهل هم مثاليون فيما يفعلونه؟ بالطبع لا، ولا أحد كذلك يفعل، هل هناك عمليات يمكن تحسينها؟ هل يمكن أن تكون الثقافة أكثر تمحورًا حول المريض؟ إطلاقًا! فهي منظمة تقدم رعاية عالية الجودة لأبطال أمتنا، ولكنها تحتاج إلى إعادة تنظيم تركيزها على الالتفاف الذي يهتم بمزيد من التركيز على المريض. تخيل لو اعتمدت إدارة المحاربين القدامى على مبادرة «المحاربين القدامى أولاً». ونظمت قواها العاملة حول خدمة عملائها الأكثر أهمية وهم قدامى المحاربين؛ وحددت تركيزها على السلامة والجودة والرضا؛ وهاجمت أشياء أخرى نعلم أنها مهمة لتقديم تجربة مريض استثنائية مثل وصول المريض. وسيحقق نظام المحاربين القدامى نموذجًا لتقديم الرعاية يركز على المريض مثل أي نظام آخر للرعاية الصحية النموذجية في العالم.

تجربة المريض عالمية:

كما ربط حلف يمين أبقراط الأطباء من جميع أنحاء العالم بالتزامهم بالمعاملة الأخلاقية والمعنوية للمريض، فإن التركيـز على تجربة المريض بالمثل-الالتزام بإبقاء المريض في صميم كل مـا نقوم به –قد ربط بين منظمات الرعاية الصحيـة العالمية وقادتها. إن لدى مقدمي الرعايـة الصحية في جميع أنحاء العالم نفس تجربة الفـرح ونفس التحديات والفرص التي نقوم بها. وليس من المسـتغرب أنهم يريدون توفـير رعاية آمنة وعالية الجودة لمواطنيهم، ويريدون تقديمها برأفة وتعاطف وإنسانية.

والتعاطـف لدى عيادة كليفلاند: الترابط البشري لرعايـة المريض «تم عرض الفيديو في أكـثر مـن ٢٠٠ دولة، ولقد عرضته شـخصيًا على المتخصصين في الرعايـة الصحية من كندا والصين وغانا والمكسـيك وهولنـدا ونيجيريا والمملكة العربية السـعودية وكوريا الجنوبية وتركيا والإمارات العربية المتحدة والمملكة المتحدة وجزر الهند الغربية. وكنت أدرس وجوه الناس أثناء مشـاهدتهم للفيديو، حيث كانت ردة فعلهم متشابهة بشكل مذهل: الصمت والعاطفة المشـاهدة، بما في ذلك انهمار الدموع. لقد كانت ردود الأفعال على مستوى دولي ليسـت من قبيل الصدفة. لقد كان للفيديو معنى حقيقـيٌّ حيث لامس ارتباطهم بندائهم المهني.

لقـد قامت عيادة كليفلاند بالشراكة مـع شركة مبادلة للرعاية الصحية بإنشـاء عيادة كليفلانـد أبو ظبي عـلى أرض تبلغ مسـاحتها ٢٣ فداناً؛ وهو أكبر مرفـق رعاية صحية في العالم تم تصميمه ليصبح ذا مسـتوى عالمي يقدم الطب الغربي في الشرق الأوسـط. وأصبح مارك هاريسـون (Marc Harrison) صديقي وزميلي هو الرئيس التنفيذي. وسـوف يقول لكم بأن المنشـأة بأكملها مصممة بحيث يتم تركيز التشغيل فيها على المريض والأسرة. لقد نشـأ هاريسون (Harrison) في ثقافة عيادة كليفلاند وهو يقوم بنقل كل قطعة من هذه الثقافـة التي تبعد حوالي ٨٠٠٠ ميلٍ لتقديم تجربة مماثلة. وسـوف تصبح نموذجًا لتقديم الرعاية الصحية العالمية وتجربة المريض والأسرة.

وقبل بضع سـنوات قمت برئاسـة مسـار تجربة المريض لقادة مؤتمر الصحة العرب في مؤتمـر الرعاية الصحية. ويعدُّ مؤتمر الصحة العربي أكبر منظم مؤتمر لرعاية صحية في العالم

حيث سلط القادة الضوء بشكل تتابعي على الموضوعات المهمة في صناعة الرعاية الصحية. وقد قدم توماس ج. ميلر (Thomas J. Miller)، الرئيس التنفيذي لحلول العملاء في قطاع الرعاية الصحية (AG) في شركة سـيمنز، ورقة الافتتاح حول الدور الحاسـم الذي سـتلعبه التكنولوجيا في تقدم الرعاية التي تركز على المريض. وقد تبادل كل من نيومان (Newman)، مـن النظام الصحي الوطني للأطفال في العاصمة واشـنطن وهاريسـون (Harrison)، من عيـادة كليفلاند أبو ظبي تبادلوا نقاط، النقاش حول مواءمة الأطباء مع فكرة وضع المرضى أولًا وتعزيـز الثقافة الصحيحـة لتقديم الرعاية الصحية الفعالة والآمنـة والعالية الجودة. وكانت هذه واحدة من أولى الجلسـات الدوليـة المخصصة حصرًا في تجربة المريض وكانت الأفضل حضورًا في المؤتمر.

وقـد تبنى وزير الصحة السـعودي السـابق الدكتور عبد الله بن عبـد العزيز الربيعة شـعار المريـض أولًا لوزارته. وقـال في كلمته «المريض أولًا يعني بالضرورة نقل رسـالة إلى جميع الممارسـين الصحيين في المملكة ... حول الأهمية الحاسـمة لمتابعة ... هذا المسار من العمل»[1]. وقد جعل خلفه وزير الصحة المكلف عادل فقيه تحسـين تجربة المريض أولوية إسـتراتيجية قصـوى. إن العلامة التجارية لتجربـة المريض تختلف قليـلًا ذلك أن المملكة تسـتخدم عبارة «حقوق وعلاقات المريض». ولكن الأهداف هي ضمان جماعي بأن المرضى وأسرهم يتمتعون بالرعاية الصحية المحترمة والكريمة والتعاطفيه كما أن تحدياتنا متشابهة ومنها دعوة كل من في الرعاية الصحية لفهم ذلك والعمل به.

وتشاركت عيادة كليفلاند مع وزارة الصحة بعقد مؤتمر حول حقوق وعلاقات المرضى في مدينة ينبع بالمملكة العربية السعودية حضره نحو ٤٠٠ مسؤول من الوزارة، حيث شارك في المؤتمـر وائل كعوش (Wael Kaawach)، وهو جراح عظام خريج جامعة هارفارد والرئيس التنفيذي لشركة تطوير الرعاية الصحية القابضة، وهي اتحاد كبير لعمليات الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية. وقد دفعته رغبته في تحسين رعاية الناس في بلده إلى الالتزام بالتركيز على المريض. يذكرني كعوش أن الثقافة هي عنصر حاسم في المرض ويجب أن تؤخذ في الاعتبار في التجربة. وقال «يتلقى المسـلمون المرض والوفـاة بالصبر والصلاة ويعتقدون أن إصابتهم بالمرض تكفر خطاياهم» [2]. وبالإضافة إلى الرحمة والتعاطف، فقد شـدد على

أن مقدمـــي الرعاية في ثقافته يجب أن يظهروا الرحمــة. لم تكن العاطفة للموضوع ورغبة كعــوش في قيادة التغيير مدفوعًا فقط بالتزامه لشــعبه بل إلى كونه كذلك أحد الناجين من السرطــان الذي عانى من الجانب الآخر لنظام الرعاية الصحية الذي يســعى لإصلاحه. يمثل كعوش خيطًا عالميًا شــائعًا وعادة ما تكون الجهود المبذولة لتحسين تجربة المريض مدفوعة بعاطفة فردية من الناس العاملين في الخطوط الأمامية وجربوا تحديات التركيز على المريض في المقام الأول.

وفي ظل التراجع القيادي الذي شهدته شركة أبو ظبي للخدمات الصحية (SEHA)، فقد وقف رئيس مجلس الإدارة والعضو المنتدب سيف بدر القبيسي (Saif Bader Al Qubaisi) على خشبة المسرح معترفًا وشاكرًا لمختلف القادة على تفانيهم والتزامهم التنظيمي. وقد عبر عن شكره لجميع مقدمي الرعاية قائلًا إن ما تقومون به هو عمل شاق للغاية. وأن القادة في "SEHA" يقومون حاليًا بجهود تحولية يكون تركيز المنظمة بأكملها على المريض وتدفع إلى مشاركة الموظفين.

وقد استثمر وانغ-أون لي، رئيس مجلس الإدارة والرئيس التنفيذي من مستشفى ميونجي (Myongji Hospital) والناشر لمجلة الأطباء الأســبوعية الكورية في كوريا الجنوبية، بشكل كبير في تجربة المريض. ويحتوي مركز السرطان الجديد في مستشــفى ميونجي على أجنحة تطل على حدائق مشــذبة. وباســتفادة من التكنولوجيا، فإن مرضى السرطان يتلقون علاج المسرع الخطي والذي يســتخدم بطاقة تنشــط موســيقى مختارة مســبقًا في غرفة العلاج، والعــلاج بالروائــح، والعلاج بالإضــاءة والصور التي يأتي بها المريض. إن كل هذا الاســتثمار والتكنولوجيــا هي لغرض واحد هو تحســين تجربة المريض. وهنالــك اهتمام مماثل متنام لتجربة المريض في مركز سامســونج ســيؤول الطبي ومستشفى سيفيرانس من المركز الطبيً بجامعــة يونــسي (Yonsei University Medical Center). وقــد افتتحت أنا وديفيد ل. لونجوورث (David L. Longworth)، رئيس معهد الطب في عيادة كليفلاند، مؤتمرًا لتطوير القيادة برعاية شركة جنرال إلكتريك في إسطنبول، تركيا، حضره قادة الحكومة والمستشفيات في جميع أنحاء الشرق الأوسط وأفريقيا. وقد حثثنا المشاركين على التفكير في تجربة المريض في بلدانهم، وطلبنا منهم مناقشــة الحواجز وسبل التحسين. في التقرير المعلن كانت الطاقة عبارة عن كهرباء. واتفقت كل مجموعة على المبادئ الأساسية وهي المريض أولًا، والأولوية

الإستراتيجية والقيادة. ولم يسبق للحضور التعرض لمفاهيم تجربة المريض وأصبحوا متحولين. وبعد جلسـة عملنا اسـتوقفني أحد قادة مرفق الرعاية الصحية في أفريقيا وقال لي: «لقد وصفتم من نحن وما هي مشاكلنا، ونحن لم نربط موظفينا وموظفينا بالمرضى ونحن بحاجة إلى القيام بذلك». بعد أشهر من الحديث سعت كل الحكومة ومستشفى ممثل في الحضور للتوجه إلى عيادة كليفلاند بغرض الحصول على توجيه حول التحول في منظماتها لتحسـين تجربة المريض.

وعنـد افتتاح أحد مؤتمرات هيئة مستشـفيات هونـغ كونغ السـنوية، ناقش الرئيس التنفيذي بيليونغ (P.Y.Leung) أنه عند تقديم الرعاية الصحية في المسـتقبل «فإن الرعاية وليس العلاج هو ما سـيكون مهما». [٣] واسـتعرض إحدى الركائز الإستراتيجية للهيئة وهي الرعاية المرتكزة على الشخص. وطوال المؤتمر، كانت هناك مناقشات حول العمل الجماعي، والسلامة، والثقافة.

وفي المؤتمر الكندي لقيادة الطبيب الذي تم اسـتضافته بالاشـتراك مع الجمعية الطبية الكنديـة والجمعيـة الكندية للأطباء التنفيذيين. ألقيت كلمة رئيسـية عـن أهمية تجربة المريـض لتقديم الرعايـة ذات القيمة العالية. وتعتبر كندا نمـوذج لتقديم الرعاية الصحية المتكاملـة وهي كذلك موطن لبعض من أفضل الأطبـاء والرعاية الطبية في العالم. لقد جاء لي العديـد مـن الأطباء في المؤتمر وقال لقد حان الوقت المناسـب لنصبـح نموذجًا للرعاية المرتكزة على المريض. واتفق لويس هوجو فرانسيسـكوتي (Louis Hugo Francescutti)، رئيس الجمعية الطبية الكندية، وهو نفسه متحدث عالمي شهير في الثقافة، على أن التحدي الذي يواجه نظام الرعاية الصحية الكندي كأي جهة أخرى هو جعل جميع مقدمي الرعاية ينحازون للمريض.

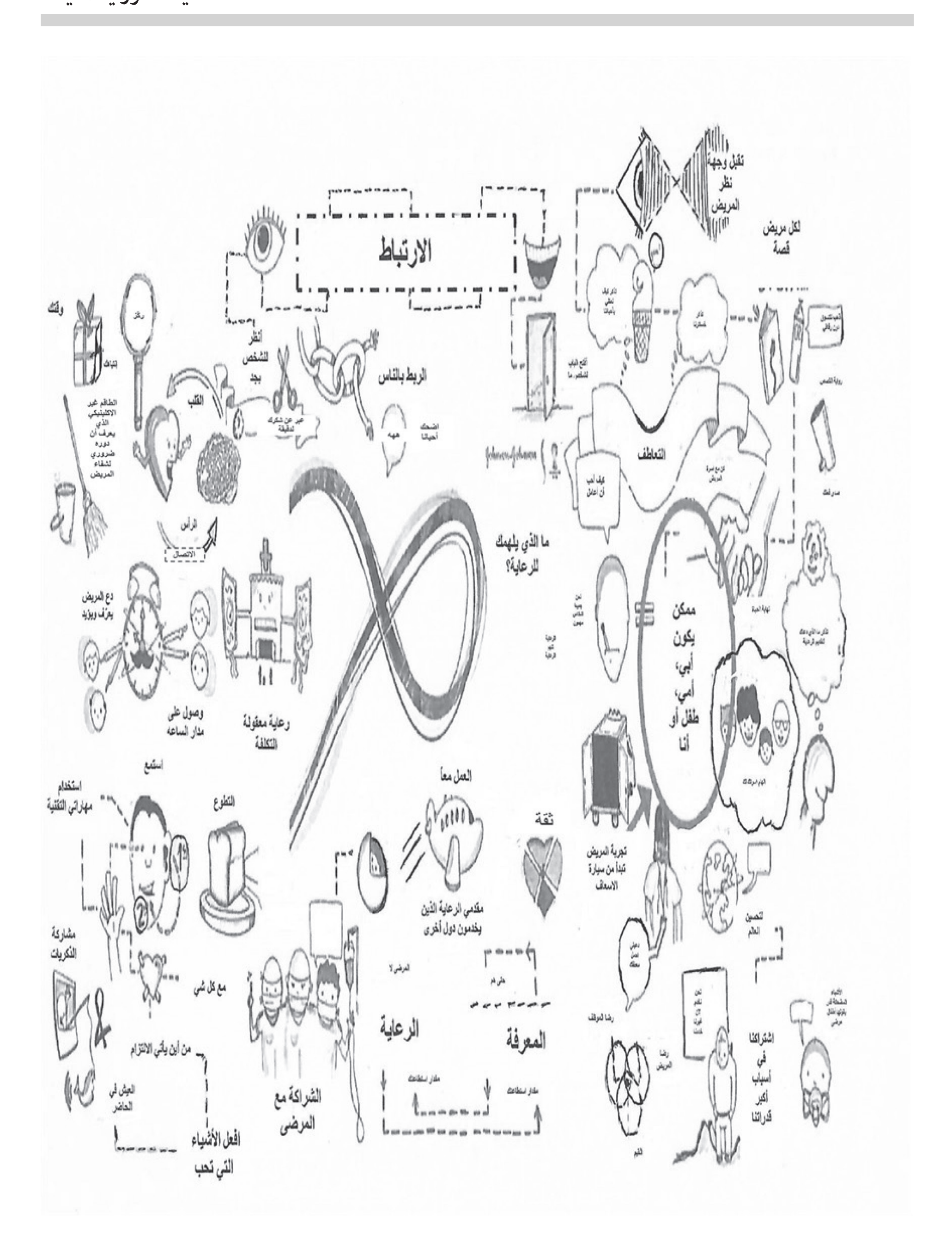
يشرفني معرفة بعض أهم القادة في مجال الرعاية الصحية، وقد كان لي الشرف في تناول المستشفيات والجمعيات الطبية ومجموعات الأطباء والمجالس في جميع أنحاء العالم. حتى عندمـا أكون مع قادة من قطاعات أعمال لا علاقة لها بالرعاية الصحية، تكون الموضوعات هي نفسـها: الحاجة إلى مركزية العملاء أمر بالغ الأهمية. ومن الرائع بالنسـبة لي أن أرى وأسمع عن عمل الآخرين. ولدي متطلبات: عندما أسافر في عمل يخص تجربة المريض فإنه يجب أن أرجع بفكرة واحدة على الأقل لمساعدتنا وإلا كانت الرحلة فاشلة. ويجب علينا أن

نتعلم من بعضنا البعض وأن نتبادل المعلومات ومعًا نعمل على تحسين ما نقوم به للمرضى. إن الحاجة إلى الدفع نحو المزيد من التركيز على المريض وتنفيذ إستراتيجيات تجربة المريض ليســت اســتثنائية من نوعها لمنظمتي أو لمنظمتكم أو للولايات المتحدة. بل يتردد صداها في جميــع أنحاء العــالم لأنه هو الشيء الصحيح الذي يجب القيام بــه، وتؤثر على الفعالية التنظيمية عبر مجموعة متنوعة من المجالات، بما في ذلك السلامة والجودة.

والحادثة التي تذكرني كل يوم لماذا يعتبر ذلك مهمًا حدث في قمة تجربة المريض وكنت فيهــا خجولاً من الذكرى الســنوية الخامســة كمدير تنفيذ لتجربــة المريض (CXO). لقد أقام جونســون وجونسون (Johnson & Johnson) الراعي لحضورنا «جدار الرعاية» الذي كان مكانًا يتقاســم فيــه المرضى ومقدمو الرعاية القصص والأفكار حــول ما هو مهم. وقام رســام محترف برسم صورة مرئية تمثل أفكارهم. وكان هنالك العديد من الصور التي مثلت التعاطــف ورواية القصص والحب والرعاية. ولكن الصورة التي كان لها صدى أكثر، فكانت تلــك التي تتحدث عن «لماذا» وهي التوضيح بأنه «يمكــن أن تكون الأم والأب والطفل أو أنا». (الشكل إي ١... جدار الرعاية). هل نحن حقًا بحاجة إلى أي رسمة مرئية أخرى؟

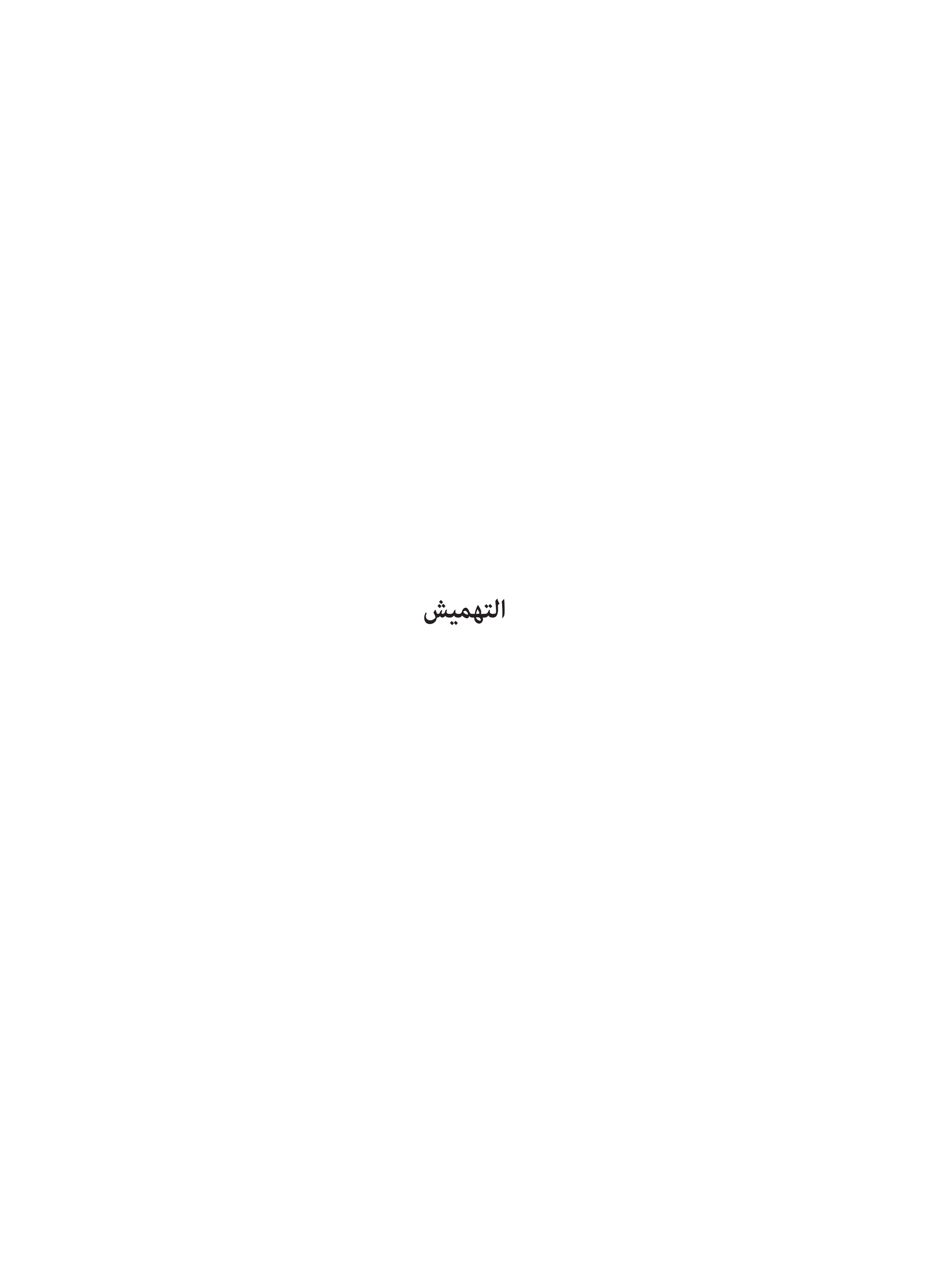
لقد علّق كوســغروف (Cosgrove) مؤخرًا عليّ قائلًا: «إن أحد أهم الأشــياء التي قمت بها في مســيرتي الوظيفية هــي تحديد لماذا نتواجــد هنا لأجل المــرضى»[٤]. وقدّم المريض أولاً لبــدء رحلة مواءمة عيادة كليفلاند. وكنــا محظوظين لبدء رحلتنا قبل أن تصبح تجربة المريض أولوية وطنية للرعاية الصحية، والتي تحظى باهتمام متزايد ليس فقط من الهيئات التنظيمية ولكن من أصحاب العمل والدافعين والمرضى في جميع أنحاء العالم.

هــذه هي فرصتك للقيادة. وتعدُّ هذه الحركة حاســمة في كيفيــة تقديم الرعاية لذلك انضم إلينا.



شكل إي.١ - جدار الرعاية


۳۲۲



التهميش

التهميش

الفصل الأول:

1. Bruce G. Wolff, James W. Fleshman, David E. Beck, John H. Pemberton, and Steven D. Wexner, eds., The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery, 1st ed.
2. (New York: Springer Science + Business Media, LLC, 2007), 584-600.
3. "Inflammatory Bowel Disease (IBD)," The Centers for Disease Control and Prevention, accessed March 24, 2014, www.cdc.gov/ibd/.
4. Dana Bernstein and Feza Remzi (Chair, Department of Colorectal Surgery, Cleveland Clinic), in multiple discussions with the author over the period January-April 2014.

الفصل الثاني:

1. Sherwin B. Nuland, Doctors The Biography of Medicine (New York: Alfred P. Knopf, 1988), xv.
2. Toby Cosgrove (Chairman and CEO, Cleveland Clinic), in discussion with the author, October 21,20l3.
3. Delos "Toby" Cosgrove, The Cleveland Clinic Way (New York: McGraw-Hill, 2013), 116.
4. Cosgrove, in discussion with the author, October 21, 20l3.
5. Jon Picoult, "The Watermark Consulting 2013 Customer Experience ROI Study," WaterRemarks (blog), April 2, 20l3, www.watermarkconsult.net/blog/2013/04/02/the-watermark-consulting-2013-customer-experience-roi-study/.
6. Megan Burns, Harley Manning, Allison Stone, and Jason Knott, The Customer Experience Index, 2013 (Cambridge, MA: Forrester Research, 20l3).
7. "Culture & Diversity," Disney Careers, accessed June 24, 2014, http://disneycareers.com/en/working-here/culture-diversity/.
8. Alan Siegel (CEO of Siegelvision), in discussion with the author, July 7, 2014.
9. John T. Chambers (Chairman and CEO, Cisco Systems), in discussion with Cleveland Clinic executive leadership team, March 8, 2012.
10. Harley Manning, "Outside In" (lecture, 3rd Annual Patient Experience: Empathy & Innovation Summit, Cleveland, OH, May 20-22, 2012).

11. The metaphor dates back to a 1988 quote from a crew member on a burning oil-drilling platform in the North Sea and has been adopted by organizational change experts for decades in discussing motivation for change. Daryl Conner, "The Real Story of the Burning Platform," Change Thinking (blog), August 15, 2012,
12. www.connerpartners.com/frameworks-and-processes/the-real-story-of -the-burning-platform.
13. "The 8-Step Process for Leading Change," Kotter International, accessed January 21, 2013, http://www.kotterinternational.com/our-principles/changesteps.
14. Melvin Samsom (Chairman of the Executive Board, Radboud University Nijmegen Medical Center) and Lucien Engelen (Director, REshape &Innovation Center, Radboud University Nijmegen Medical Center), in discussion with the author, November 2013.

الفصل الثالث:

1. "CEOReport: Optimism on the Upswing," 12, HealthLeaders Media, January 2013.
2. "Patient Experience Beyond HCAHPS: Care Coordination and Cultural Transformation," HealthLeaders Media Council Special Report, August 2013.
3. Delos "Toby" Cosgrove, The Cleveland Clinic Way (New York: McGraw-Hill, 2013), 109.
4. A story recounted by Cosgrove and Medoff Barnett at the first Annual Patient Experience: Empathy & Innovation Summit. May 25, 2010.
5. Paul Hagen, "The Rise of the Chief Customer Officer," Paul Hagen's Blog, Forrester Research Inc., January 24, 2011,
6. http://blogs.forrester.com/paul_hagen/11-01-24-the_rise_of_the_chief_customer_officer.
7. John Commins, "Experience the Patient," HealthLeaders magazine, June 2012, accessed online February 1, 2014,
8. www.healthleadersmedia.com/content/MAG-281208/Experience-the-patient.
9. Anthony Cirillo, "The New CEO-Chief Experience Officer," HealthLeaders News, March 28, 2007, accessed online February 2, 2014,
10. www.healthleadersmedia.com/contentl882S9/topic/WS_HLM2_HOM/The-New-CEOChief-Experience-Officer.html##.
11. Marc Boom (President and CEO, Methodist Houston), in discussion with the author, September 2013.
12. David T. Feinberg, CEO panel discussion, 4th Annual Patient Experience: Empathy & Innovation Summit, May 20, 2013.

13. Steven Glass (Chief Financial Officer, Cleveland Clinic), in discussion with the author, March 27, 2012.

14. J. Michael Henderson (Chief Quality Officer, Cleveland Clinic), in discussion with the author, April 1, 2014.

الفصل الرابع:

1. “Blind Men and an Elephant,” Wikipedia, last modified January 15, 2014, accessed January 22, 2014,

2. http://en.wikipedia.org/wiki/Blind_men_and_an_elephant.

3. Jacqueline Fellows, “New Approaches to Patient Experience” HealthLeaders magazine, August 13, 2013,

4. www.healthleadersmedia.com/content/MAG-295064/New-Approaches-to-Patient-Experience.

5. Jennifer Robison, “What Is the Patient Experience?” Gallup Business Journal, September 30, 2010, accessed January 22, 20l3, http://businessjournal.gallup.com/ content/ 143258/patient-experience.aspx.

6. Kai Falkenberg, “Why Rating Your Doctor Is Bad for Your Health,” Forbes, January 2, 2014, accessed January 22, 2014,

7. www.forbes.com/sites/kaifalkenberg/2013/01/02/why-rating-your-doctor -is-bad-for-your-health/.

8. Harley Manning (Vice President and Research Director Serving Customer Experience Professionals, Forrester Research), presentation at the 3rd Annual Patient Experience Summit, Cleveland, OH, May 21, 2012.

9. Merriam- Webster’s Collegiate Dictionary, accessed January 23, 2014, www.merriam -webster.com/ dictionary/experience.

10. Amy Piern, David Betts, and Toni Tribble, “The Patient Experience: Strategies and Approaches for Providers to Achieve and Maintain a Competitive Advantage,” accessed January 23, 2014,

11. www.deloitte.com/assets/Dcom-UnitedStates/Local%20Assets/

12. Documents/us_lshc_ThePatientExperience_072809.pdf.

13. Robison, “What Is the Patient Experience?”

14. “Defining Patient Experience,” The Beryl Institute, accessed January 23, 2014,www.berylinstitute.org/?page=definingpatientexp.

15. D. A. Redelmeier, J. Katz, and D. Kahneman, “Memories of Colonoscopy: A Randomized Trial,” Pain 104 (July 2003): 187-194.

16. Jennifer Woodward. "Effects of Rounding on Patient Satisfaction and Patient Safety on a Medical-Surgical Unit," Clinical Nurse Specialist, 23, no. 4 (2009):200-206.
17. Leah Binder, "The Courage and Triumph of the Patient;' Forbes Pharma and Healthcare (blog), December 11, 20l3, www.forbes.com/sites/leahbinder/2013/12/11/the-courage-and-triumph-of-the-patient/.

الفصل الخامس:

1. John D. Clough, To Act as a Unit: The Story of the Cleveland Clinic (Cleveland, OH: Cleveland Clinic Press, 2005), 1-47.
2. A. Marc Harrison (Chief Executive Officer of Cleveland Clinic Abu Dhabi), in discussion with the author, August 2, 2014.
3. Joseph Scaminace (CEO OM Group, Inc.), in conversation with the author, August 2009.
4. Michael Watkins, "Organizational Immunology;' Harvard Business Review (blog), June 11, 2007,
5. http://blogs.hbr.org/2007 /06/organizational-immunology-part-1/.
6. Melvin Samsom (Chairman of the Executive Board, Radboud University Nijmegen Medical Center), in discussion with the author, November 2013.
7. Paul Hagen, Harley Manning, and Jennifer Peterson, How to Build a Customer-Centric Culture (Cambridge, MA: Forrester Research, 2010),4.
8. Edgar H. Schein, Organizational Culture and Leadership, 4th ed. (San Francisco: Jossey-Bass, 2010).
9. Elizabeth G. Chambers, Mark Foulon, Helen Handfield-Iones, Steven M. Hankin, and Edward G. Michaels III, "The War for Talent," McKinsey Quarterly 3 (1998): 44-57.
10. Wikipedia, s.v. "talent management;' last modified October 2, 2013, http://en.wikipedia.org/wiki/talent_management#cite_note- war-2.
11. Jenn Lim, keynote at 5th Annual Patient Experience: Empathy & Innovation Summit, May 19, 2014.
12. "Careers at The Ritz-Carlton," The Ritz-Carlton, accessed February 12, 2014, www.marriott.com/ritz-carlton-careers/default.mi.
13. The Joint Commission, National Patient Safety Goals (2010), accessed February12,2014,www.jointcommission.org/assets/l/18/hap_2010_npsg.pdf.

الفصل السادس:

1. James I. Merlino, "Conversations with the CEO: Dr. Marc Boom of Houston Methodist," Association for Patient Experience, September 30, 2013,
2. www.patient-experience.org/Education-Research/Articles/Conversations-with-the-CEO-Dr-Marc-Boom-of- Houston.aspx.
3. The I CARE concept was developed in 2004 in an emergency medical service Ethics and Values course taught by educator Chris Le Baudour, who challenged students to identify personal core values. In a brainstorming session, the people in the class distilled their individual lists to the now-famous five. Le Baudour subsequently collaborated with colleague Chris Nollette, PhD, to sort the values into the recognized I CARE acronym, a framework widely used in health care and other settings. "The I CARE Story," I CARE, accessed February 15, 2014,www.icarevalues.org/story.
4. Adapted from Dr. William Glasser's work on retention rates.
5. Lead reviewer, Joint Commission, debrief with Clinic executive team, October 21, 2010.

الفصل السابع:

1. Association of American Medical Colleges, Medical Student Education: Debt, Costs, and Loan Repayment Fact Card, October 2013, accessed March19,2014,
2. www.aamc.org/download/152968/data/debtfactcard.pdf.
3. Althea Chang, "The Most and Least Trusted Occupations," Yahoo Finance (blog), August 9, 2013, http://finance.yahoo.com/blogs/big-data-download/most-least-trusted-occupations-160721749.html.
4. "Honesty/Ethics in Professions," Gallup, Inc., December 5-8, 2013, accessed March 19, 2014, www.gallup.com/pollI1654/honesty-ethics-professions.aspx.
5. "Doctor Contests Revocation of Hospital Privileges;' Associated Press, January 22, 2014.
6. Zack Budryk, "Hospital Bullies Pose a Danger to Patient Safety," Fierce Healthcare (blog), February 3, 2014,
7. www.fiercehealthcare.com/story/hospital-bullies-pose-danger-patient -safety/2014-02-03.
8. Ibid.
9. Thomas H. Lee, "Turning Doctors into Leaders," Harvard Business Review, April 2010, 50-58.
10. Thomas H. Lee and Toby Cosgrove, "Engaging Doctors in the Health Care Revolution," Harvard Business Review, June 2014, 3-9.

11. Ibid.

12. "How Your Doctor Does Compares?" Consumer Reports Health: Special Report for Massachusetts Residents, May 31, 2012.

الفصل الثامن:

1. Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century (Washington, DC: National Academies Press, 2001).

2. "The CAHPS Program," Agency for Healthcare Research and Quality, accessed July9, 2014, https://cahps.ahrq.gov/about-cahps/cahps-program/index.html.

3. "HCAHPS: Patients' Perspectives of Care Survey," Centers for Medicare & Medicaid Services, accessed February 4, 2014, www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS.html.

4. Ibid.

5. J.A. O'Malley, A. M. Zaslavsky, R. D. Hays, K. A. Hepner, et al., "Exploratory Factor Analysis of the CAHPS Hospital Pilot Survey Responses across and Within Medical, Surgical, and Obstetric Services," Health Services Research 40, no. 6(2005): 2078-2088.

6. M. N. Elliot, D. E. Kanouse, C. A. Edwards, and L.H. Hibourne, "Components of Care Vary in Importance for Overall Patient -Reported Experience by Type of Hospitalization," Medical Care 47, no. 8 (2009): 842-848.

7. "Patient-Mix Coefficients for July 2014 Publicly Reported HCAHPS Results,"www.hcahpsonline.org/filesICoefficients_for_July_2014_Public_Reporting 03-18-2014.pdf.

8. D. M. Clarke, 1. H. Minas, and G.W. Stuart, "The Prevalence of Psychiatric Morbidity in General Hospital Patients," Aust NZJ Psychiatry 25 (1991): 322-329.

الفصل التاسع:

1. Wikipedia, s.v. "best practices;' last modified January 21, 2014, http://en.wikipedia.org/wiki/Best_practice.

2. Margo A. Halm, "Hourly Rounds: What Does the Evidence Indicate?" American Journal of Critical Care (November 2009):5814, doi: 10.4037/ajcc2009350.

الفصل العاشر:

1. Micah Solomon, "Improving the Patient Experience: Why Hospitals Consulting Other Hospitals Won't Fix Healthcare," Forbes, June 20, 2014.

2. Robert Johnston, "Towards a Better Understanding of Service excellence," Managing Service Quality 14, no. 2/3 (2004): 129-133.
3. Wikipedia, s.v. "service excellence-healthcare," last modified January 27,2014,
4. http://en.wikipedia.org/wiki/ServiccExcellence_%E2%80%93_Health_Care.
5. Adapted from Paul R. Timm, Customer Service: Career Success Through Customer Satisfaction (Upper Saddle River, NJ: Prentice- Hall, 2001), 59.
6. AboutFace, http://aboutfacecorp.com/services/customer-experience-services/cx- products/service-recovery-index/.
7. Myron D. Fottler, Robert C. Ford, and Cherrill P. Heaton, Achieving Service Excellence: Strategies for Healthcare (Chicago: Health Administration Press, 2009), 359-382.
8. Daniel Goleman, Emotional Intelligence (New York: Bantam, 1995).
9. Every Life Has a Story ... If We Only Bother to Read It, CFA Properties,Inc.,accessed February19,2014,
10. www.cathyfamily.com/resources/videos/every-life-has-a-story.aspx.

الفصل الحادي عشر:

1. Osbourne Bodden (Minister of Health, Cayman Islands), in discussion with the author, October 16, 2013.
2. M. K. Marvel, R. M. Epstein, K. Flowers, and H. B. Beckman, "Soliciting the Patient's Agenda: Have We Improved?" Journal of the American Medical Association 281, no. 3 (January 20, 1999): 283-287, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9918487.
3. David L. Longworth, MD (Associate Chief of Staff for Professional Staff Affairs, Cleveland Clinic), in discussion with the author.
4. The State of New York pioneered a similar approach when developing its Cardiac Surgery Reporting System. Since 1989, the state has collected and publicly released cardiac surgery outcome data. Open-heart surgeons and surgery programs with poor outcomes were forced to improve or cease operations, to the ultimate benefit of patients. See "Adult Cardiac Surgery in New York State," New York State Department of Health, accessed February 9, 2014, www.health.ny.gov/statistics/diseases/cardiovascular/.
5. Relative value unit (RVU) is a measure of value used in the Medicare reimbursement formula for physician services. See "The Medicare Physician Payment Schedule," American Medical Association, accessed February 9, 2014, www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/solutions-managing-your-practice/coding-billing-insurance/medicare/the-medicare-physician-payment-schedule.Page.

6. James 1. Merlino and Robert W. Coulton, “Enhancing Physician Communication with Patients at Cleveland Clinic,” Group Practice Journal 61, no. 2 (February 2012): 24-32.
7. Richard M. Frankel and Terry Stein, “Getting the Most out of the Clinical Encounter: The Four Habits Model,” The Permanente Journal 3, no.3 (Fall 1999)79-88,
8. http://xnet.kp.org/permanentejournal/fall99pj/habits.html.
9. A standardized patient is an individual trained to act as a patient for the purposes of medical instruction.
10. L.M. L. Ong, J.C.J.M. DeHaes, A.M. Hoos, and F.B. Lammes, “Doctor-Patient Communication: A Review of the Literature,” Social Science & Medicine 40 (1995): 903-918.
11. Debra L. Roter, Judith A. Hall, David E. Kern, Randol Barker, Karan A. Cole, and Robert P Roca, “Improving Physicians Interviewing Skills and Reducing Patients Emotional Distress: A Randomized Clinical Trial,” Archives of Internal Medicine 155,no. 17 (1995): 1877-1884.
12. Kelly B. Haskard Zolnierrek, and M. Robin DiMatteo, “Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis,” Medical Care 47, no. 8 (August 2009): 826-834.
13. M. A. Stewart, “Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review,” CMAJ 152, no. 9 (May 1995): 1423-1433.
14. Wendy Levinson, Rita Gorawara-Bhat, and Jennifer Lamb, ‘’A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings,” Journal of the American Medical Association 284, no. 8 (2000): 1021-1027.
15. A. L. Suchman, D. Roter,M. Lipkin [r., and the Collaborative Study Group of the Task Force on Medical Interviewing, “Physician Satisfaction with Primary Care Office visits,” Medical Care 31, no. 12 (1993): 1083-92.
16. Evelyn Theiss, “Art of Patient Satisfaction Meets the Science of Medicine,” Cleveland Plain Dealer, June 11, 2012,
17. www.cleveland.com/healthfit/index.ssf/2012/06/the_art_of_patien_satisfaction.html.

الفصل الثاني عشر:

1. “About Dave,” e-Patient Dave, accessed March 9, 2014, www.epatientdave.com/about-dave/.
2. Stacy Lu, “What Makes a Doctor-Patient Partnership Flourish?,” TEDMED 2012 (blog), October 22, 2012,
3. http://blog.tedmed.com/?p=2178.
4. Merriam-Webster’s Collegiate Dictionary accessed March 9, 2014, www.merriam-webster.com/dictionary/partner.

5. The Free Dictionary accessed March 9, 2014, www.thefreedictionary.com/partner.
6. Michael K. Paasche-Orlow, Ruth M. Parker, Julie A. Gazrnararian, Lynn T. Nielsen-Bohlman, and Rima R. Rudd, "The Prevalence of Limited Health Literacy," Journal of General Internal Medicine 20, no. 2 (February 2005):175-184.
7. L. Woicehovich, M.L. Rivera, J.I. Merlino, "Ask 3/Teach 3: Improving Medication Communication Scores and Patient Safety," Group Practice Journal (February 20l3): 20-28.
8. Morgan Gleason interview by Deirdre Mylod, 5th Annual Patient Experience: Empathy & Innovation Summit, May 19, 2014.
9. Joanne Zeroske (President, Marymount Hospital, Cleveland Clinic Community Hospitals), in discussion with the author, July 8, 2014.
10. Institute for Patient- and Family-Centered Care, Changing Hospital "Visiting" Policies and Practices: Supporting Family Presence and Participation (Bethesda, MD, October 2010), accessed March 9, 2014, www.ipfcc.org/visiting.pdf.

الفصل الثالث عشر:

1. Jeffrey Galles, MD, e-mail conversation, February 2, 2014.
2. Program Evaluation and Review Technique (PERT), a tool used in project management.
3. Beth E. Mooney (Chairman and CEO, KeyCorp), in discussion with the author, May 2010.
4. Larry Ruvo conversation with Siegfried Fischbacker, 1st annual Patient Experience: Empathy & Innovation Summit, May 25, 2010.
5. "20 People Who Make Healthcare Better-2013," HealthLeaders Media, December 16, 20l3.

الخاتمة:

1. "Minister of Health Inaugurates the First Patient Relations Symposium," Ministry of Health, Kingdom of Saudi Arabia, November 23, 2011, accessed March 14, 2014. www.moh.gov.sa/en/Ministry/MediaCenter/News/Pages/NEWS-2011-11-23-003.aspx.
2. Wael Fayez Kaawach, MD, MBA (CEO, Healthcare Development Holding Co., Saudi Arabia), in discussion with the author, March 3, 20l3.
3. P. Y. Leung, MD, "creating a Systemic Vision for Future Health," keynote address, Hong Kong Hospital Authority Convention, Hong Kong, May 7, 2014.
4. Delos M. Cosgrove, MD (President and CEO, Cleveland Clinic), in discussion with the author, May 2014.


٣٣٤

عن المؤلف:

دكتــور جيمس ميرلينــو، هو المدير التنفيذي لتجربة المريــض في النظام الصحي لعيادة كليفلاند، وهو جراح ممارس في تخصص جراحة القولون والمستقيم، وهو المؤسس والرئيس الحالي لجمعية لتجربة المريض. ويقود مبادرات تحسين تجربة المريض، والتواصل بين الأطباء والمرضى، والوصول إلى المرضى، وعلاقات الأطباء المحولين على مســتوى نظام عيادة كليفلاند الصحــي. حيث يتحــدث إلى مجالــس الإدارة، والأطباء وغيرهم من قــادة الرعاية الصحية في جميــع أنحاء العالم عــن أهمية مواءمة ثقافــة الرعاية الصحية حــول المريض وتقديم إســتراتيجيات لتحســين تجربة المريض. كما كتب عديدًا من المقالات التي اقْتُبِس منها على نطاق واســع في المنشــورات العلمية. لقد نشرت أعماله وتعليقاته في هارفارد بيزنس ريفيو (Harvard Business Review)، فوربــس(Forbes)، وول ســتريت جورنال Wall Street Journal، ياهــو الماليــة (Yahoo Finance)، ولــدى العديد من الوســائل أخرى. وفي عام ٢٠١٣، سمته مجلة قياديو الصحة (Health Leaders magazine) كواحد من بين «عشرين شخصًا جعلوا الرعاية الصحية أفضل».

الدكتــور ميرلينــو حاصل على درجــة البكالوريوس في إدارة الأعمال مــن كلية بالدوين -والاس Baldwin-Wallace College ودرجة الطب من كلية الطب جامعة كيس ويسترن ريزيرف Case Western Reserve University School of Medicine.أكمل فترة تدريبه كمقيم في الجراحة العامة في مستشــفيات جامعة كليفلانــد، وقضى فترة الزمالة في جراحة القولــون والمســتقيم في عيادة كليفلانــد. أثناء عمله كمقيم حصل عــلى تفرغ بحثي لمدة عامين لاســتكمال الزمالــة في بحوث الخدمات الصحية المقدمــة كمنحة من وكالة البحوث الصحيــة والجودة (AHRQ). الدكتــور ميرلينو هو جراح معتمد من قبل المجلس الأمريكي لجراحــة القولــون والمســتقيم American Board of Colon and Rectal Surgery والمجلــس الأمريكي للجراحة العامــة American Board of General Surgery. زوجته، أيمي، أخصائية طب الأم والجنين في عيادة كليفلاند.

المترجمان في سطور

١- د. فؤاد بن عبد العزيز مبارك المبارك

المؤهل العلمي:

- دكتوراه الفلسفة في الإدارة «نظم التأمين الصحي»، ٢٠١٠م، كلية الإدارة والأعمال، جامعة هال، المملكة المتحدة.

الوظيفة الحالية:

- أستاذ الإدارة الصحية المساعد، قطاع الإدارة الصحية، معهد الإدارة العامة.

الإنتاج العلمي:

- بحث بعنوان «سبل التعامل مع التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية»، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، ١٤٣٩هـ.
- المشاركة بورقة علمية بعنوان «تجربة معهد الإدارة العامة في التدريب في التوعية الصحية» في الملتقى الدولي الأول للعلاقات العامة والإعلام والتوعية الصحي، المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة المدينة المنورة خلال الفترة من ١٨-١٤٣٦/١/٢٠هـ المدينة المنورة.
- بحث بعنوان «رضا المستفيدين عن خدمات التأمين الصحي التعاوني: مدينة الرياض كحالة دراسية»، مارس، ٢٠١٠م.
- مراجعة ترجمة كتاب بعنوان «التحليل الاقتصادي في الرعاية الصحية»، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، ١٤٣٤هـ.
- تحرير ومراجعة علمية لكتاب:

- Dwivedi, Ashish (2016) Reshaping Medical Practice and Care with Health Information Systems (Advances in Healthcare Information Systems and Administration) 1st Edition, IGI Global; Hershey PA; USA.

الخبرات العملية:

- عضو الفريق المكلف بمراجعة وتطوير وإعادة بناء الهيكل والدليل التنظيمي لوزارة الصحة ٢٠١٨م.
- عضو اللجنة الدائمة لقطاع الإدارة الصحية ١٤٣٥هـ وحتى الآن.
- مدير قطاع الإدارة الصحية بمعهد الإدارة العامة، ١٤٣٢-١٤٣٤هـ.
- عضو لجنة البحوث بمعهد الإدارة العامة ١٤٣٢-١٤٣٤هـ.
- عضو الفريق المكلف بمراجعة وتطوير وإعادة بناء الهيكل والدليل التنظيمي لهيئة الهلال الأحمر السعودي، ١٤٣٦-١٤٣٧هـ.
- عضو الأمانة العامة للتنظيم الوزاري بمشروع اللجنة الوزارية للتنظيم الإداري، مكلف بدراسة مشروع إنشاء مركز وطني للطب البديل والتكاملي في المملكة، ٢٠٠٣-٢٠٠٥م.
- مدير خدمات المرضى، مدينة سلطان بن عبد العزيز للخدمات الإنسانية، الرياض، ٢٠٠١-٢٠٠٣م.
- مدير خدمات المرضى، مستشفى الحمادي، الرياض، ٢٠٠٠-٢٠٠١م.
- المشاركة في عضوية العديد من اللجان الدائمة والمؤقتة في معهد الإدارة العامة.

٢- د. معتز كرم زكي محمد عجينة

المؤهلات العلمية:

- ماجستير إدارة الأعمال ٢٠٠٩، كلية الإدارة المتقدمة، الأكاديمية العربية للعلوم والتكنولوجيا، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.
- دبلوم الصحة العامة تخصص صحة المناطق الحارة ٢٠٠٧، المعهد العالي للصحة العامة، جامعة الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.
- دبلوم الصحة العامة تخصص الإدارة الصحية والتخطيط الصحي ٢٠٠٦، المعهد العالي للصحة العامة، جامعة الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.
- بكالوريوس الطب والجراحة ٢٠٠١، كلية الطب، جامعة الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.

الوظيفة الحالية:

- محاضر وعضو هيئة التدريب بقطاع الإدارة الصحية بمعهد الإدارة العامة.

الخبرات العملية:

- عضو اللجنة الدائمة لقطاع الإدارة الصحية في معهد الإدارة العامة.
- عضو العديد من فرق دراسة الاحتياج التدريبي وتصميم وتطوير البرامج الإعدادية وبرامج القدرة الواحدة والبرامج الموجهة في معهد الإدارة العامة.
- تصميم وتطوير ومراجعة العديد من البرامج والحقائب والملفات العلمية للبرامج التدريبية في معهد الإدارة العامة.
- تنفيذ والمشاركة في تنفيذ العديد من البرامج الإعدادية وبرامج القدرة الواحدة والبرامج الموجهة والحلقات في معهد الإدارة العامة.
- طبيب بشري بمديرية الشؤون الصحية بالإسكندرية - وزارة الصحة المصرية وعضو نقابة الأطباء المصرية وأخصائي الصحة العامة في تخصصي الإدارة الصحية وصحة المناطق الحارة.
- رئيس لقطاع التسويق الطبي ومدير للعيادات الخارجية، وعضو العديد من لجان وفرق عمل الأنشطة

التأسيسية والتشغيلية في مستشفى أندلسية - السلامة بالإسكندرية، مجموعة أندلسية للخدمات الطبية.

- ممثل طبي وعضو المكتب العلمي بالإسكندرية - شركة مالتي فارما للأدوية.

- طبيب امتياز بالمستشفى الجامعي – كلية الطب - جامعة الإسكندرية.

مراجع الترجمة في سطور

د. أسماء بنت عبدالله اليمني.

المؤهل العلمي:

- الدكتوراه في الفلسفة - الصحة الدولية، مدرسة طب المناطق الاستوائية، جامعة ليفربول، المملكة المتحدة. ٢٠١٠.

الوظيفة الحالية:

- أستاذ مشارك في إدارة الصحة كلية إدارة الأعمال، جامعة الملك سعود.

أبرز الأعمال العلمية:

- تقييم المشاركة في صنع القرار من وجهة نظر المريض، المجلة الطبية السعودية، ncbi.nlm.nih.gov.
- عدم المساواة بين الجنسين في الصحة: دراسة استطلاعية نوعية من تصورات المرأة السعودية. المرأة والصحة؛ 53: 741-759، Routledge.1033.
- العنف في مكان العمل ضد الممرضات في أقسام الطوارئ في ثلاثة مستشفيات في الرياض، المملكة العربية السعودية: مسح مستعرضة. تمريض النحل مفتوح، PP35-41.
- تصورات مهنيي المختبرات الطبية نحو التعليم الطبي المستمر. مجلة التخصصات الصحية، ٢٠١٧.
- المعارف والمواقف والممارسات المتعلقة بالمتلازمة التنفسية في الشرق الأوسط بين المصابين بالرياض: دراسة مستعرضة، التقدم في التغذية وعلوم الأغذية ISSN: 2572-5971.2018.
- العوامل الاجتماعية الديموغرافية وإدارة الرعاية الذاتية لدى المرضى البالغين في مراكز الرعاية الصحية الأولية في الرياض، مجلة POJ Diabetes & Obesity Management.
- قياس الاحتراق الداخلي المهني لدى أخصائيي الرعاية الصحية بالمستشفيات السعودية: دراسة استطلاعية في الرياض (٢٠١٨).
- مواقف وممارسات الأطباء السعوديين بشأن الكشف عن الأخطاء الطبية للمرضى ٢٠١٨ .

أبرز الأنشطة العملية:

- عضو في لجنة CBA-QTY في CBA. منسق برنامج الإدارة الصحية.
- نائب المشرف على مركز الخريجين في جامعة الملك سعود، ٢٠١٧.
- نائب رئيس قسم التأهيل الصحي، كلية العلوم الطبية التطبيقية ٢٠١١-٢٠١٣.
- رئيس لجنة الاعتماد ولجنة NCAA في قسم التأهيل لمدة عامين: استكمال ملفات AACSB / الوثائق، التواصل/ تنفيذ مع الموظفين الآخرين والاستعداد لزيارة المجموعة الدولية للاعتماد (AACSB).
- الإشراف على دراسات التقييم الذاتي لمختلف البرامج في قسم إعادة التأهيل وإدارة صحة المجتمع وكلية إدارة الاعمال قسم الإدارة الصحية QTY-KSU- -AACSB.
- عضو في اللجنة التوجيهية للتقييم الذاتي (CAMS)، ٢٠١٢.
- عضو في لجنة SCFHS للحصول على ترخيص مقدمي الطلبات HIS و2017. HA .


٣٤٣

تم التصميم والإخراج الفني والطباعة في
الإدارة العامة للطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٤٠هـ

هذا الكتاب:

تأتي أهمية هذا الكتاب من تناوله موضوعَ تجربةِ المريض في أثناء تلقيه الخدمة الصحية وكيف يمكن تحسين هذه التجربة من منظور كلٍّ من مقدمي الخدمة والمرضى، ويقدم دروساً ملهمة تساعدنا على التفكير بمزيد من الوضوح حول أهمية تجربة المريض والارتقاء بجودة الخدمات الصحية المقدمة، ويأتي ذلك مواكباً لما جاء في أهداف رؤية المملكة العربية السعودية ٢٠٣٠ حول تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي.

يسلط هذا الكتاب الضوء على تجربة عيادة كليفلاند أحد أشهر وأفضل مقدمي الخدمات الصحية في العالم، والتي طالما تميزت بأفضل النتائج الطبية، إلا أن كليفلاند لم تكن كذلك فيما يتعلق بتجربة المريض. ويعرض كتاب "متحمسون للخدمة" للدكتور جيمس ميرلينو المدير التنفيذي لتجربة المريض في عيادة كليفلاند الخطوات التي اتخذتها عيادة كليفلاند لتحقق الريادة في مجال تجربة المريض. حيث يوضح الإستراتيجيات والأساليب التي يمكن لأي قائد أن يحاكيها لتحويل منظمته إلى نموذج لتقديم الرعاية الصحية المرتكزة حول المريض. ويبين كيف قامت عيادة كليفلاند بوضع تجربة المريض كأولوية، وقامت بتعريفها، ووضعت إستراتيجية لتحسينها، وكيف طورت عيادة كليفلاند من ثقافتها تدريجيًّا، وكيف تحققت الشراكة مع المرضى، وكيف اصطَفَّ العاملون حول إستراتيجية المريض أولاً، وكيف تم إشراك الأطباء وتحسين تواصلهم مع المريض، مع تحديد جوانب النجاح والإخفاق، وكذا أهم التحديات المتعلقة بالتنفيذ، وكيف يمكن مواجهتها وصولاً إلى التميز في تجربة المريض.

ويتميز هذا الكتاب بأنه لا يغطي فقط الجوانب النظرية؛ بل يركز أيضًا على الجوانب العملية إذ يعرض خارطة طريق واقعية، قابلة للتنفيذ وغنية بالأمثلة والتجارب والحالات الدراسية والأفكار والآراء والخبرات والأدوات التي تساعد على تحسين وتطوير تجربة المريض وتحويل ذلك إلى واقع ملموس.

ويُعَدُّ هذا الكتاب مرجعاً مميزاً للمهتمين بالإدارة الصحية من الأكاديميين والقادة والمديرين ومقدمي الرعاية الصحية من إداريين وممارسين، كما أنه موجه أيضًا للعملاء من مرضى ومراجعين حيث يساعدهم في التعرف على حقوقهم، ويبرز لهم أهمية مشاركتهم من أجل تحسين مستوى الخدمات المقدمة لهم.


9786038276020

تصميم وإخراج وطباعة الإدارة العامة للطباعة والنشر- معهد الإدارة العامة ١٤٤٠هـ